Rok XLIV. Kraków 29 Kwietnia 1905. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Oddziału Dra med. Dunina w Szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie.

O zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

W ostatnich czasach, głównie dzięki pracom badaczów francuskich (Widal, Achard, Winter, Hallion i Carrion i in.) uwydatnia się coraz jaskrawiej ważna rola soli kuchennej w patologii niektórych stanów chorobowych, mianowicie też stanów obrzękowych pochodzenia nerkowego lub niedomogowego. Odnośnie do tych stanów, — jak to już doniósł jeden z pierwszych, którzy się wogóle sprawą chlorków w patologii zajmowali, doc. Dr. Marischler, mamy zazwyczaj do czynienia z zatrzymywaniem się chlorków w ustroju. Zatrzymywanie to nie pozostaje bez wpływu na stan chorego. Towarzyszy mu przedewszystkiem powiększanie się obrzęków, będące, jak się zdaje, w związku przyczynowym z nagromadzaniem się NaCl w ustroju. Fakt ten, wielokrotnie notowany i nieulegający żadnej wątpliwości, wyzyskano już z powodzeniem w celach leczniczych (dyeta małosolna zmniejszająca obrzęki). Wobec tego sprawa soli kuchennej w ustroju stała się sprawą niezwykle interesującą z punktu widzenia nietylko ogólno-patologicznego, ale także kliniczno-dyetetycznego.

Wzgląd ten skłonił mnie do zwrócenia baczniejszej uwagi na zmiany, jakim podlegać może zawartość chlorków we krwi zdrowych i chorych. Zaznaczyć muszę, że sprawa chlorków, posiadająca już dziś dosyć pokaźne piśmiennictwo w wielu kierunkach, w kierunku zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych nie jest jeszcze należycie opracowana. To zachęca mnie do ogłoszenia wyników moich badań odnośnych tem bardziej, że wyniki te, jak to poniżej zobaczymy, nastręczają kilka uwag co do spraw biochemicznych wogóle, zachodzących we krwi ludzkiej.

Przedewszystkiem słów kilka o metodzie moich badań. Krew do badań otrzymywałem zawsze przy pomocy nakłucia żyły w zgięciu łokciowem (*venepunctio*). Spuszczałem krew wprost z żyły do cylindra miareczkowego, którego ścianki wewnątrz osypywałem uprzednio cieniutką warstwą szczawianu sodowego dla zapobieżenia krzepnięciu krwi. Z cylindra przy pomocy pipety niezwłocznie brałem 2 porcye (dla kontroli) po 5 ctm. sz. do 2 niewielkich kolbek Erlenmeyera, w których oznaczałem chlorki. Spalałem mianowicie krew z dodatkiem HNO_3 i nadmanganianu potasu, dodawałem następnie 10 ctm. sz. $\frac{n}{10}$ roztworu $AgNO_3$ z HNO_3 i siarkanem żelaza; niezwiązane z Cl srebro odtytrowywałem $\frac{n}{10}$ roztworem rodanku amonu. Cylinder zaś z krwią wstawiałem na 48—72 godzin w chłodne miejsce, gdzie stał on dopóty, dopóki wysokość czerwonego osadu krążków nie przestawała się zmniejszać. W ten sposób starałem się przy pomocy takiej „sedymentacyi“ oznaczyć ilość czerwonego osadu i ilość osocza w badanej krwi. Sedymentacya taka nie daje zbyt ścisłych wyników. O tem wiem i to pragnę, dla uniknięcia nieporozumień, podkreślić zaraz na wstępie. Ponieważ jednak postępowałem w ten sposób zawsze, przeto moje liczby odnośnie do zawartości chlorków w czerwonym osadzie (krążkach) krwi, choć może zbyt ścisłego bezwzględnego znaczenia nie mają, posiadają jednak wystarczająco ścisłe znaczenie porównawcze i upoważniają mnie na ogół do wniosków, jakie poniżej czynię. W otrzymanem w ten sposób osoczu krwi oznaczałem znowu chlorki metodą, jak wyżej, w 2 porcyach dla kontroli po 5 ctm. sz. Znając zaś ilość (objętościową!) chlorków we krwi całkowitej, ilość chlorków w osoczu, oraz stosunek objętościowy czerwonego osadu do osocza krwi badanej, byłem w stanie obliczyć ilość chlorków, przypadającą na czerwony osad. Tak więc rubryki moich tablic, które poniżej przytaczam, zawierają: 1) ilość chlorków we krwi całkowitej [1]; 2) w osoczu; 3) stosunek wysokości w cylindrze (t. j. objętości) całkowitej krwi do czerwonego osadu w ilości krwi wypuszczonej; 4) % zawartość czerwonego osadu; 5) ilość % NaCl w moczu. Ostatnia rubryka dotyczy ilości NaCl w moczu, otrzymanym od chorych wkrótce po zrobieniu wenepunkcyi, a zatem w moczu, — odpowiadającym krwi w chwili jej badania.

a) Krew zdrowych ludzi.

Tablica I.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,3978	0,5382	97 : 41	42	1,322	Ozdr. po zapalen. płuc wł.
2	0,4095	0,5382	111 : 71	64	1,451	Dementia luetica.
3	0,3861	0,5265	154 : 73	47	0,7956	Post apoplex. lat 56.
4	0.4095	0.5265	91 : 49,5	54	1.0179	„ lat 60.
5	0,3978	0.5499	141 : 96	68	1.275	Ischias sin.
6	0,4212	0,5616	122 : 82	67	1,2753	Fractura costae tr.
	średnio					

[1]) Objętościową, obliczoną w NaCl%.

Zawartość % NaCl we krwi całkowitej = 0,4056.
" " " w osoczu. . . . = 0,5401.
" " " w czerw. osadzie . = 0,304 (obliczona dla średnio 57% objętości czerwonego osadu).

Jak zachowują się chlorki we krwi człowieka w stanie głodzenia?

Na to pytanie odpowiedzieć mogę na zasadzie następującego przypadku, dotyczącego 18-letniego chłopca, otrutego kwasem octowym. Chłopiec ten od tygodnia nic nie jadł i z wielką trudnością wysączał tylko 1—1½ kubka mleka dziennie.

Zawartość % NaCl we krwi całkowitej = 0,3393.
" " " w osoczu . . . . = 0,4680.
Ilość czerwonego osadu (80 : 49,6) . . = 62%.
Zawartość % NaCl w czerw. osadzie . = 0,261.
Ilość % NaCl w moczu w chwili badania krwi = 0,0234 (!).

Z zestawienia tych liczb z liczbami dla normy, widzimy zmniejszanie się ilości chlorków zarówno w osoczu, jak i w ciałkach. Zmniejszanie się to nie jest jednak tak znaczne, jakby tego oczekiwać należało ze względu na długotrwałe i prawie zupełne głodzenie, w jakiem się chory znajdował. Ilość chlorków, wydzielanych z moczem przez chorego, spadła do niebywałego *minimum*. Tak więc ustrój głodzonego uparcie stara się utrzymać zapas swych chlorków w stanie, mało co różniącym się ilościowo od normy, a to przez ograniczenie do *minimum* utraty chlorków przez nerki. Fakt zresztą powyższy jest zgodny z tem, co wiemy o zachowaniu się i innych składników krwi u głodzonych. Nastręcza on jednak skąd inąd ciekawe rozmyślania, a mianowicie: Chory głodzony (ze zdrowemi nerkami!), który ma prawie normalną ilość chlorków w osoczu, wydziela mocz o zawartości chlorków 0,0234%. Człowiek zdrowy zaś wydziela mocz o zawartości (średnia z Tabl. I) 1,1895% NaCl. Innemi słowy: zdrowa nerka wydziela z tej samej prawie pod względem % zawartości NaCl krwi raz roztwór moczowy NaCl 0,0234%, drugi raz zaś — z góry 45 razy bardziej stężony.... Mniemamy zazwyczaj, że chlorki do moczu wydzielają się w kłębkach w postaci wodnego roztworu NaCl, który poprostu „przesącza się“ — jako mocz kłębkowy. W kanalikach, skutkiem wymiany ekwimolekularnej NaCl i H_2O z t. zw. ciałami wyrobionemi (N — składniki moczu), wytwarza się z tego moczu „kłębkowego“ mocz „kanalikowy“, będący moczem rzeczywistym. Ilość więc chlorków moczu reguluje się: 1) ilością chlorków, które się „przesączyły“ ze krwi w kłębkach i 2) ilością chlorków, które uległy w kanalikach powrotowi do krwi w zamian ciał wyrobionych. Ponieważ mocz człowieka głodzonego posiada bardzo mało i ciał wyrobionych, przeto uznać musimy, że z moczu kłębkowego naszego chorego bardzo mało chlorków uległo powrotowi do krwi w kanalikach krętych, czyli, że w jego kłębkach wydzieliło się tyle chlorków lub może mało co więcej nad to, ile ich znaleźliśmy w moczu, t. j. zaledwie ślad. Wobec tego cała sprawa przedstawia się w ten sposób, że kłębki przy tej samej prawie zawartości NaCl we krwi raz „przesączają“ dużo chlorków (u zdrowego), drugi raz — zaledwie ślad (u głodzonego). Innemi słowy, ilość chlorków, jakie przechodzą w kłębkach do moczu, może być minimalna lub też znaczna przy tej samej prawie ilości chlorków we krwi (wzgl. w osoczu). Jeżeli stanę z konieczności na gruncie powyższej teoryi „filtracyjnej“, — smutna to konieczność wobec braku innej bardziej życiowej teoryi wydzielania moczu, — to przypuścić muszę, że 1) chlorki we krwi głodzonego muszą być substancyą nieprzechodzącą do moczu (*harnunfähig*); 2) chlorki we krwi zdrowego są substancyą przechodzącą do moczu (*harnfähig*). Na czem polega owa „*Harnfähigkeit*“ pierwszych i „*Harnunfähigkeit*“ drugich, tego wytłómaczyć dotychczas niepodobna. Należy przypuścić, że we krwi człowieka głodzonego zachodzą zmiany, które powodują ściślejsze skupianie się związków, jakie u człowieka prawidłowo odżywiającego się tylko luźnie związane ze krwią (rozpuszczone?). Mechanizmu dziwnego tego zjawiska objaśnić dziś jeszcze niepodobna; to tylko pewna, że jest ono wysoce celowem, bo stanowi niezbędny warunek utrzymania przy życiu ustroju jak najdłużej.

b) Krew chorych na choroby zakaźne ostre.

Tablica II.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,3276	0,4914	86 : 52	60	0,1053	Dur brzuszny T = 39,6°.
2	0,351	0,5265	84 : 48	57	0.0585	Dur brzuszny T = 39,8°.
	0,3393	0,5089	—	58	—	Średnia z 1 i 2.
		w czerw. osadzie = 0,211% NaCl.				
3	0,3861	0,5265	96 : 36	38	0,7115	Gościec stawowy ostry T = 38,8°.
		w czerw. osadzie = 0,16% NaCl (!).				

We krwi chorych gorączkujących (średnia z 1 i 2, oraz 3 Tabl. II) widzimy zatem zmniejszanie się ilości chlorków zarówno we krwi całkowitej, jak i w osoczu. Zmniejszanie się ilości chlorków w osoczu nie jest zbyt znaczne. Wobec tego zmniejszanie się ilości chlorków we krwi całkowitej musimy położyć głównie na karb zmniejszania się ilości chlorków w czerwonym osadzie, t. j. w czerwonych krążkach krwi. I rzeczywiście otrzymane przezemnie dane liczbowe w tym kierunku świadczą o tem wymownie. Fakt ten jest zgodny z ogólnemi naszemi pojęciami o wpływie czynników zakaźnych na zarodziowe pierwiastki ustrojów. Czynniki niszczą zaródź komórek; powodują też one w czerwonych krążkach krwi zmiany, które dotykają i mineralnej, jak widzimy, części ich zarodzi. Możnaby mniemać, że w chorobach zakaźnych ostrych przyczyną zubożenia krwi w NaCl jest stan głodzenia, w jakim się odnośni chorzy znajdują przez czas dłuższy. Jeżeli jednak porównamy skład krwi u chorych zakaźnych ze składem krwi w powyżej przytoczonym przypadku głodzenia, to przekonamy się, że w chorobach zakaźnych ilość chlorków w czerwonym osadzie jest mniejsza, niż u chorego głodzonego. Zwłaszcza dotyczy to przypadku ostrego gośćca stawowego, w którym ilość chlorków w krążkach, obliczona na NaCl, spadła aż do 0,16% (u głodzonego 0,261%). Ponieważ chory gośćcowy, chociaż gorączkował do 38,8°, znajdował się w stanie co do łaknienia i odżywienia względnie dobrym, przeto ten tak znaczny spadek w zawartości chlorków krwinek

musimy położyć wyłącznie na karb niszczącego działania na nie czynników zakaźnych. Wogóle — zakażenie gośćcowe, choć należy stosunkowo do lżejszych, wywiera bardzo poważny w wielu kierunkach wpływ na krew (rozwodnienie krwi, zmniejszenie się jej zasadowości, zmniejszanie się ilości całkowitego N we krwi i t. p.), jak to już niejednokrotnie mogłem przekonać się z własnych badań odnośnych.

c) Krew chorych na zapalenie nerek.

1. Przypadki z obrzękami:

Tablica III *A*.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,5265	0.6641	43 : 13	28	0,6318	Białka w moczu $3\frac{1}{2}$‰. Ascites (0.7372% NaCl).
2	0,4797	0,5967	188 : 93	49	0.117	6—2‰ białka.
—	0,5031	0.6304	—	38	—	Średnio.
	w czerw. osadzie 0.296% NaCl.					

2. Przypadki bez obrzęków:

Tablica III *B*.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,4446	0,5616	140 : 62	44	1,1817	Mocz $\frac{2000}{1020}$, białka 2‰.
2	0,4329	0,5199	92 : 37	40	0,761	Mocz $\frac{800}{1016}$, białka 2‰.
3	0,5031	0.6201	78 : 32	40	0.9828	Mocz $\frac{1000-1360}{1014-1015}$, białka 2‰.
—	0,4602	0,5772	—	41	—	Średnio.
	w czerw. osadzie 0,292% NaCl.					

Porównywując średnie z powyższych dwóch kategoryi zapalenia nerek z normą, otrzymamy zestawienie następujące:

Tablica III *C*.

% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w moczu	% NaCl w czerw. osadzie	% zawar. czerw. osadu	Uwagi
0,4056	0,5401	0,304	57	Norma.
0,4602	0,5772	0,292	41	Zapalenie nerek bez obrzęków.
0,5031	0,6304	0,296	38	Zapalenie nerek z obrzękami.

Widzimy tu, że ilość chlorków we krwi całkowitej chorych na zapalenie nerek wogóle jest powiększona. Powiększenie to zwłaszcza jest znaczniejsze w tych przypadkach, którym towarzyszą obrzęki. Powstaje ono wyłącznie wskutek wzrastania ilości chlorków w osoczu, ponieważ ilość chlorków w czerwonym osadzie pozostaje bez zmiany. I ta okoliczność zasługuje na podkreślenie z punktu widzenia fizyologii krwi. Widzimy tu bowiem, że wzrastanie ilości chlorków w osoczu, które jest środowiskiem dla czerwonych krążków krwi, nie prowadzi za sobą wzrastania ilości chlorków w czerwonych krążkach, że pod tym względem czerwone krążki krwi zachowują się bardzo autonomicznie, utrzymując swój skład prawidłowy, podczas gdy skład osocza uległ zmianie. Jaka jest przyczyna tego ciekawego zjawiska? Przedewszystkiem pamiętać należy, że sole mineralne krążków są inne, niż sole mineralne osocza: w krążkach przeważa sól potasowa, gdy w osoczu przeważa sól sodowa HCl. Stąd wniosek teoretyczny, że powiększanie się w osoczu ilości chlorku sodowego pozostanie bez wpływu na zapas w krążkach chlorku potasu. Wyniki moich badań potwierdzają istotnie ten wniosek teoretyczny. Gdyby jednak pomiędzy osoczem i krążkami zachodził jakiś bliższy stosunek biochemiczny, gdyby osocze napajało krążki krwi, jak to mniemają niektórzy tak, jak n. p. woda napaja gąbkę, w niej zanurzoną, to wzrastanie chlorku sodowego w osoczu niechybnie musiałoby pociągać za sobą wzrastanie chlorków w krążkach. Nic podobnego tu nie widzimy. Okoliczność powyższa, zdaje się, przemawia za tem, że zmiany, zachodzące wogóle w osoczu krwi krążącej mało wpływają na powstawanie zmian w krążkach, że stosunek biochemiczny pomiędzy osoczem, a krążkami, jest dosyć luźny.

Zachodzi pytanie, czy w zapaleniach nerek istnieje jaki prosty stosunek pomiędzy zawartością % w danej chwili chlorków we krwi i chlorków w moczu? Liczby moje pouczają, że taki stosunek nie istnieje. Stwierdzają one, że ma się rzecz przeciwnie, że w danej chwili znacznie powiększonej zawartości chlorków osocza odpowiada raczej znacznie zmniejszona zawartość chlorków w moczu. I w tych razach właśnie istnieją obrzęki, jako to pouczają dane w tablicy III *B*.

d) Krew w stanach obrzękowych niedomogowych.

Tablica IV *A*.

Nr.	% NaCl we krwi całkowitej	% NaCl w osoczu	Stosunek krwi całkowitej do czerw. osadu	% zawar. czerw. osadu	% NaCl w moczu	Uwagi
1	0,4329	0,5667	98 : 74	75	0,4797	*Vit. cordis.* Spore obrzęki. Mocz $\frac{500-1000}{1025}$. Alb. $\frac{3}{4}$‰. Sin.
2	0,4329	0,5382	68 : 47	69	0,9945	*Vit. cordis, anasarca* (0,6435% NaCl).
3	0,3627	0,5499	98 : 50	50	—	*Myocardit.* Obrzęki spore. Sin. Mocz $\frac{500}{1028}$, ślad białka.
4	0 3627	0,4680	164 : 113	68	0.4563	*Emph. pulmon.* Sinica. Obrzęki niewielkie.
5	0,3861	0,6669	90 : 58	64	1,1934	*Emph. pulmon.* Sinica. Obrzęki niewielkie.
	0,3955	0,5639	—	65	—	Średnio.
	w osadzie czerw. = 0,30% NaCl.					

Z tablicy powyższej widzimy, że w stanach obrzękowych pochodzenia niedomogowego ilość chlorków we krwi całkowitej, t. j. w osoczu i w krążkach niczem prawie nie

różni się od normy. Pod tym względem stany obrzękowe pochodzenia niedomogowego wyraźnie różnią się od stanów obrzękowych pochodzenia nerkowego, a mianowicie

Tablica IV *B*.

% NaCl w krwi całkowitej	% NaCl w moczu	% NaCl w czerw. osadzie	Uwagi
0,4056	0,5401	0,304	Norma.
0,3955	0,5639	0,30	Niedomoga.
0,5031	0,6304	0,296	Zapalenie nerek.

W myśl najnowszych teoryi powstawania obrzęków, jako wyniku zatrzymania się NaCl w ustroju — *„rétention chlorurée“* jak mówi Achard — jako *„facteur hydropigène“*; musimy przypuszczać, że w zapaleniach nerek krew „oczyszcza“ się od chlorków drogą podwójną: 1) wydalanie NaCl (wraz z H_2O) do tkanek, 2) wydalanie chlorków z moczem. Ponieważ chora nerka trudno wydala chlorki, przeto „oczyszczanie“ się krwi z chlorków uskutecznia się tu prawie wyłącznie drogą wydalania NaCl do tkanek. Należy mniemać, że ten sposób uwalniania się krwi z nadmiaru chlorków jest nieprawidłowy i prawdopodobnie trudniejszy; krew więc „oczyszcza“ się niedostatecznie z chlorków i stwierdzamy przeto w osoczu nerkowych chorych z obrzękami wzmożoną ilość NaCl. U chorych niedomogowych z nerkami względnie zdrowemi, w uwalnianiu się krwi od chlorków nerki biorą udział — słabszy wprawdzie, niż prawidłowo, ale wystarczający, aby krew „oczyścić“ z nadmiaru NaCl, który nie zdołał się wydzielić do tkanek jako *„facteur hidropigène“*. Tak więc różnica odnośnie do zawartości chlorków w osoczu obrzękniętych chorych nerkowych i niedomogowych sprowadza się poprostu do większego udziału nerek w pracy oczyszczania krwi u tych ostatnich w porównaniu z pierwszymi.

Streszczając dane powyższe, pragnę wypowiedzieć wnioski następujące:

1. Pomiędzy zawartością % chlorków w osoczu a chlorków w moczu, wydzielającym się w danej chwili przez nerki, niema żadnego prostego stosunku.

2. W ostrych chorobach zakaźnych zmniejszanie się ilości chlorków we krwi całkowitej spowodowane jest głównie przez zmniejszanie się ilości chlorków w czerwonych ciałkach, a to prawdopodobnie wskutek zmian niszczących, jakie w tych ostatnich zachodzą pod wpływem toksyn.

3. We krwi chorych na zapalenie nerek ilość chlorków osocza jest powiększona. Powiększenie to jest znaczniejsze u chorych obrzękniętych.

4. W stanach obrzękowych pochodzenia niedomogowego, — w przeciwieństwie do stanów obrzękowych pochodzenia nerkowego, ilość chlorków w osoczu nie jest powiększona.

5. Powiększanie się ilości NaCl w osoczu nie pociąga za sobą powiększania się ilości chlorków w czerwonych ciałkach; podobnież — ilość chlorków w czerwonych ciałkach może być znacznie zmniejszona, przy bardzo mało zmniejszonej ilości chlorków w osoczu (sprawy zakaźne ostre, zwłaszcza ostry gościec stawowy); to stwierdza, że osocze i czerwone ciałka krwi znajdują się do siebie prawdopodobnie w bardzo luźnym stosunku biochemicznym.

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. W. N. Sirotinina.

O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego *(achylia gastrica)* i tak zw. *protozoa-colitis.*

Podał
Dr. med. Zenon Orłowski
ordynator kliniki.

(Dokończenie.)

Zatem we wszystkich czterech przypadkach, przezemnie spostrzeganych, był brak soku żołądkowego *(achylia gastrica)*. Jeżeli do tych czterech przypadków dołączymy jeszcze 10 znanych z piśmiennictwa, będziemy w posiadaniu 14 badań soku żołądkowego w *protozoa-colitis*. W 11 z nich był brak soku żołądkowego (Gołubinin, Ehrnroth, Pakrowskij, 4 Cohnheima i 4 nasze); w 2 (Henschen, Moritz i Hölzl) był brak wolnego kwasu solnego; w 1 (Cohnheim) stwierdzono nieżyt z niedokwaśnością soku żołądkowego (*gastritis subacida*); w 1 (Cohnheim) nieżyt z bezkwasem żołądkowym (*gastritis anacida*). Te w wysokim stopniu zgodne wyniki rozbioru treści żołądka u chorych, badanych przez różnych autorów, nie są bezwątpienia przypadkowymi i mogą, według mego zdania, wskazywać na warunki, wśród których następuje zakażenie człowieka pierwotniakami. Kwestya ta, jak wiadomo, jest dotąd nierozwiązana; nad rozwikłaniem jej pracują autorowie już oddawna, mianowicie od czasu, w którym Leuckart (14) wykazał, że szparkosze (*balantidium*) stale znajdują się w jelitach świń, nie wywołując w ich zdrowiu żadnych dolegliwości. Odkrycie to potwierdzili inni autorowie (Stern (14), Ekeckrantz (17), Wising (17), Rapczewskij (17), Żegałow (18). Co się zaś tyczy innych wiciowców, to te łatwo można wykazać (Grassi, Quincke (19) i inni). Zakażenie, według Leuckarta, następuje w ten sposób, że szparkosze jakąkolwiek drogą przedostają się do przewodu pokarmowego człowieka, przechodzą przez żołądek bez żadnej dla siebie szkody, gdyż sok żołądkowy na nie nie działa; natomiast Waldensträm i Henschen, jakeśmy już wyżej powiedzieli, dowiedli doświadczalnie, że szparkosze giną pod wpływem soku żołądkowego; wkrótce jednak Leuckart i Stern wykazali, że w jelitach świń przebywają gatunki otorbione szparkoszów, nie ulegające niszczącemu działaniu soku żołądkowego. Takież same otorbione postacie znaleźli Gurwicz (20), Cohnheim i inni. Zatem zdawałoby się, że kwestya ta znalazła proste rozwiązanie: zakażenie odbywa się dzięki otorbionym postaciom szparkoszów, względnie wiciowców, które przechodzą przez żołądek, nie ulegając niszczącemu działaniu soku żołądkowego; atoli liczne próby autorów, zmierzające do sztucznego zakażenia zwierząt przez wprowadzenie zakażonego pokarmu przez usta lub przez odbytnicę dały wyniki ujemne, że tu przytoczę próby Ekeckrantza, Wisinga na psach i królikach, Władjewa (21) na kotach i t. d. Niektórzy autorowie zobojętniali treść żołądka lub wywoływali stan zapalny jelit u zwierząt zapomocą olejku krotniowego, lecz wyniki były wciąż ujemne (Rapczewski (22), Żegałow). Zatem kwestya, tycząca się szparkoszów, a zmierzająca do zakażenia człowieka pierwotniakami, dotąd jest sporną, jak również spornem jest zagadnienie, jak należy zapatrywać się

na pierwotniaki: czy są to pasorzyty niewinne, czy też chorobotwórcze? Pierwsi z przytoczonych autorów nie zadawali nawet sobie tego pytania: według ich zdania przewlekła i trudno uleczalna biegunka bezwarunkowo jest w zależności od szparkoszów. Po dłuższych jednak spostrzeganiach sprawa zależności choroby od obecności szparkoszów stała się bardzo wątpliwą, zwłaszcza zaś, gdy zostało udowodnionem, że pierwotniaki mogą przebywać w jelitach człowieka, nie wywołując biegunki lub jakichkolwiek innych dolegliwości. Podobny przypadek opisał Mitter (13); chory jego cierpiał w ciągu 15 lat na niestrawność, stolce zawierały obfitą ilość szparkoszów, mimo to nie doświadczył on nigdy rozwolnienia. Grassi (3) i Calandruccio (3) znajdowali pierwotniaki w stolcach ludzi zupełnie zdrowych. Calandruccio połknął znaczną ilość otorbionych pełzaków okrężnicy i nie doznał żadnych zaburzeń w zdrowiu. Próby zakażenia ludzi [1]), czynione przez Grassiego, Moritza, dały również wyniki ujemne. Obecnie zdania autorów są podzielne: jedna część badaczy dopatruje w przewlekłem rozwolnieniu wyłącznej zależności jego od pierwotniaków, a na poparcie tego zdania przytacza zmiany anatomiczno-patologiczne w jelitach tych ludzi; druga liczna część uważa pierwotniaki za zupełnie niewinne pasorzyty; trzecia zaś godzi te dwa zdania przeciwne i sądzi, że pierwotniaki tylko pogarszają patologiczny już stan jelit i przeszkadzają powrotowi ich do zdrowia. (Janowski (23), Żegałow i inni). Według mego mniemania, do rozwiązania tego sporu mogą posłużyć wyniki badań wyżej przytoczonych 4-ch przypadków. Ażeby zakażenie miało miejsce, oczywiście obojętny odczyn soku żołądkowego nie jest warunkiem wystarczającym: niezbędnemi są jeszcze zmiany patologiczne ze strony błony śluzowej żołądka, jak to widzimy w wyżej przytoczonych przypadkach, w których w ogromnej większości był brak soku żołądkowego, t. j. cierpienie, któremu towarzyszą głębokie zmiany w błonie śluzowej żołądka. Jedynie w ten sposób mogą pierwotniaki bezkarnie przejść przez żołądek i wywołać te lub inne zmiany w błonie śluzowej jelit. Za tem zdaniem przemawia pośrednio stwierdzony ostatnimi czasy fakt obecności pierwotniaków i w żołądku, lecz jedynie przy braku soku żołądkowego, będącego w zależności wyłącznej od jednocześnie istniejącego raka żołądka, zatem choroby, w której błona śluzowa żołądka jest głęboko zmienioną. Godnym uwagi jest fakt, że we wszystkich przypadkach, w których znaleziono pierwotniaki w żołądku, odczyn treści żołądka był zawsze alkaliczny. Jak wiadomo, Cohnheim kładzie nacisk na to, że obecność pierwotniaków w żołądku jest zjawiskiem patognomonicznem dla raka żołądka w tym samym stopniu, co i obecność kwasu mlekowego; zdanie to nie zupełnie ścisłe, jak to miałem możność wykazać w jednej z poprzednich prac swoich [2]).

Obecność zmian anatomicznych w błonie śluzowej żołądka nie wystarczy dla zakażenia jelit pierwotniakami i potrzebne tu są jeszcze zmiany w błonie śluzowej i samych jelit; jedynie w tych warunkach pierwotniaki mogą się dobrze rozwijać w jelitach. Przedostając się do wnętrza ścian kiszkowych między gruczołami i rozmnażając się w tkance podśluzowej, pierwotniaki oczywiście nie mogą nie wywierać wpływu na samą błonę śluzową. Jeżeli, jak twierdzi Rosenheim (24), już sama obecność glist może być przyczyną uporczywej biegunki, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ciągłe ożywione ruchy niezliczonej ilości pierwotniaków, posiadających dużo rzęsów, drażnią silnie błonę śluzową jelit i tem samem podtrzymują chorobliwy ich stan. Na zdrowej błonie śluzowej pierwotniaki mogą istnieć bez żadnej szkody dla samej błony w postaci pasorzytów, zupełnie niewinnych (Grassi, Calandruccio i in.). W wyżej przytoczonych przypadkach Cohnheima, który znajdował pierwotniaki w żołądku, przedostawały się one bez wątpienia do jelit, lecz tu nie mogły wywołać żadnych zmian, dzięki temu, że błona śluzowa jelit była zupełnie zdrowa. Jakże należy tłómaczyć przypadek Cohnheima, w którym przy badaniu treści żołądka stwierdzono niedokwaśność soku żołądkowego *(gastritis subacida)*? Tu, sądzę, trzeba się zgodzić ze zdaniem Zabela (25), który na podstawie swego przypadku twierdzi, że obecność pierwotniaków w kale u ludzi z zupełnie zdrowym żołądkiem wskazuje na to, że osoby te niegdyś, być może jeszcze w dzieciństwie, uległy jakiemuś schorzeniu żołądka, podczas którego pierwotniaki dostały się do jelit i tu się rozmnażając, wywołały cierpienie kiszek, które trwale pozostało, a sama choroba żołądka przeszła bez śladu. Rozwijając swoją myśl, Zabel twierdzi, że czasowa lub stała obecność pierwotniaków w kale wskazuje zawsze na obecne lub przebyte cierpienie przewodu pokarmowego: u osób, nie przedstawiających żadnych zmian ze strony kiszek, obecność pierwotniaków w kale przemawia za zmianami w żołądku lub w górnej części jelit cienkich. Ma się rozumieć, że zdanie to Zabela musi być jeszcze potwierdzonem, lecz jest ono bardzo prawdopodobnem, jeżeli wziąć przypadki badań treści żołądka w 14 wyżej opisanych przypadkach; wielka szkoda, że Grassi, Calandruccio i inni nie wykonali w swoich przypadkach badania soku żołądkowego.

Na podstawie powyższych uwag staje się rzeczą jasną, jak dalece jeszcze nierozstrzygniętą jest kwestya zakażenia człowieka pierwotniakami. Dotychczas za mało mamy jeszcze podstaw do powzięcia ugruntowanych wniosków. W każdym razie potrzeba: 1) starannie zbierać wywiady, żeby na podstawie dużej liczby przypadków można było ściśle dociec, co i o ile wcześniej następuje: — cierpienie żołądka, czy biegunka? oraz 2) należy w każdym pojedynczym przypadku starannie badać stan żołądka, nie zwracając uwagi na to, czy chory skarży się na dolegliwości żołądkowe, czy nie: każdy lekarz wie dobrze, jak często nawet ciężkie schorzenia żołądka nie wywołują żadnych objawów podmiotowych i t. d.

Pracą niniejszą zamierzyłem zwrócić uwagę na konieczność badania soku żołądkowego w każdym przypadku; tylko starannem zbadaniem każdego chorego można będzie *viribus unitis* rozwiązać pytanie, jakie warunki są niezbędne dla zakażenia człowieka pierwotniakami.

[1]) Wszystkich tych doświadczeń nie można uważać za rozstrzygające, jak również znanego doświadczenia Pettenkoffera, który połknął jadowitą hodowlę prątka cholerycznego i pomimo to nie uległ zakażeniu swoistemu.

[2]) W tym przypadku był rozpoznany za życia brak soku żołądkowego. W treści żołądka liczne rzęsistki jelitowe *(trichomonas intestinalis)*. Na sekcyi jednak raka żołądka nie stwierdzono (26).

Piśmiennictwo. 1) Malmsten: Virchow's Archiv. Bd. XII. S. 302. — 2) Loesch: Virchow's Archiv. Bd. LXV. S. 196. — 3) Wedł. „Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie". Bd. VI. — 4) Solo-

wiew: Wracz 1901. N. 12—14. — 5) Dehio: Ruskij Archiw. patologii, kliniczeskoj mediciny i baktieriołogii 1898. — 6) Wedł. Soeversa „Zeitschrift für klinische Medicin“. Bd. XXX. — 7) Moritz i Hölzl: „Münchener medicin. Wochenschrift“ 1892. N. 47. S. 834. — 8) Henschen: wedł. Robin. „Gazeta lekarska“, 1903. Str. 9 i 29. — 9) Gołubinin: „Kliniczeskij Żurnał“. 1902. — 10) Ehrnroth: Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 1—4. — 11) Pokrowskij: Trudy fakultietnoj tierapieuticzeskoj kliniki Moskawskaho uniwiersitieta, 1904. — 12. Cohnheim: „Deutsche medicin. Wochenschrift“, 1903. N. 12, 13, 14. — 13) Mitter: wedł. Pokrowskiego. P. N. 11. — 14) wedł. Sievers. Archiv. für Verdauungskrankheiten. Bd. V. S. 445. — 15) Winogradow: Wracz, 1901. N. 19. — 16) Klimenko: Ziegler's Beiträge. Bd. XXXIII. 1903. 17) Ropczewskij: Wracz. 1880. N. 31. — 18) Żegałow: Wracz. 1898. N. 48. — 19) Quincke: „Berliner klinische Wochenschrift“. 1899. N. 16, 47. — 20) Gurwicz: „Russkij Archiv patołogii, kliniczeskoj miediciny i baktieriołogii“. T. II. — 21) Właje w: Wracz. 1898. N. 5. 22). Ropczewskiej: »Miedicinskoj Wiestnik«. 1882. N. 23—25. — 23) Janowski: „Gazeta lekarska“, 1896. — 24) Rosenheim: Krankheiten des Darms, 1893. — 25) Zabel: Archiw. Verdauungskrankheiten, 1901. Bd. VII. — 26) Z. Orłowski: „Ruskij Wracz«. 1904. N. 24.

III. O doszczętnej operacyi przepukliny pępkowej.

Podał

Dr. Roman Barącz

Docent prywatny chirurgii Uniw. lwowskiego.

(Dokończenie).

W szpitalach nowojorskich i chicagoskich miałem sposobność widzieć tak wykonanie operacyi sposobem Dr. Mayo, jak również jej wyniki. Ponieważ sama metoda wydała mi się nadzwyczaj prostą i racyonalną, a wyniki jej były znakomite, postanowiłem w odpowiednich przypadkach zastosować ją. Dotychczas wykonałem operacyę tę 2 razy; oba przypadki dotyczyły otyłych kobiet ze znaczną przepukliną uwięźniętą. Przypadki te były następujące:

I. Przypadek. *Hernia umbilicalis incarcerata.* Omfalektomia i operacya doszczętna sposobem Mayo.

W. A., żona urzędnika, lat 55. Rodziła 7 razy. Po ostatnim porodzie powstała przepuklina pępkowa, z początku wielkości jaja kurzego, a obecnie wielkości sporej pięści. Przepuklina ta sprawiała chorej w ostatnich czasach znaczne dolegliwości. Chora cierpiała na niestrawność, wymioty, uporczywe zaparcie stolca i często musiała używać leków przeczyszczających. Nosiła z początku pelotę pępkową, ale odłożyła ją wnet na bok, ponieważ przepuklina nie dawała się odprowadzić. Dnia 24/III 1903 rano wystąpiły wymioty i stolec został zatrzymany. Wezwany tegoż dnia o godz. 4 popołudniu, zastałem chorą w stanie następującym:

Osoba otyła, tętno 88, ciepłota 37·8. Na twarzy wyraz znacznego cierpienia. Okolicę pępka zajmuje obrzęk wielkości sporej pięści męzkiej, o skórze napiętej, barwy prawidłowej; prawa połowa obrzęku jest twarda, lewa miększa i przy opukiwaniu daje odgłos bębenkowy. Chora wymiotuje kilkakrotnie podczas badania. Tego samego dnia o godzinie 7 wieczorem przystąpiłem do herniotomii w znieczuleniu sposobem Schleicha. Po dokładnem odkażeniu pola operacyjnego i znieczuleniu go poprowadziłem po obu bokach obrzęku dwa cięcia łukowe, schodzące się ze sobą u góry i dołu poza granicami obrzęku, które od razu pogłębiłem do rozcięgna mięśni prostych brzucha. Potem oddzieliłem na tępo zrosty worka przepuklinowego aż do jego szyi, obnażyłem rozcięgno obu mięśni prostych na około pierścienia przepuklinowego, naciąłem pierścień ten najpierw po stronie prawej, otwarłem otrzewnę i pod kontrolą palca, wprowadzonego do jamy brzusznej, okoliłem nożem gałkowatym cały pierścień przepuklinowy. Najpierw odprowadziłem do jamy brzusznej pętlę jelita cienkiego silnie nastrzykaną, nie okazującą żadnych głębszych zmian w miejscach zaciśnięcia. Główną treść worka przepuklinowego stanowiła bryła stłuszczonej sieci, przyrośnięta w kilku miejscach w zaułkach worka przepuklinowego. Sieć podwiązałem w kilku pęczkach, odjąłem ją wraz z workiem i skórą, a srypułę pogłębiłem do jamy brzusznej. Rozcięgno mięśni prostych, przeciąłem u góry i u dołu na jakie 4 ctm. aż do otrzewnej, otrzewnę oddzieliłem na tępo od tylnej pochwy prawego mięśnia prostego, następnie zaszyłem otwór w otrzewnej szwem kuśnierskim z katgutu jodowego, przeprowadziłem w sposób wyżej opisany 4 szwy materacowe z grubszego jedwabiu przez rozcięgno obu mięśni prostych w ten sposób, że rozcięgno mięśnia prostego lewego pokryło rozcięgno mięśnia prostego prawego na przestrzeni, około 5 ctm. szerokiej, i związałem szwy materacowe. Przy wiązaniu tych szwów natrafiłem na bardzo znaczny opór i napięcie, które zmniejszyło się dopiero, gdy asystent zapomocą dłoni przybliżył do siebie powłoki brzuszne. Szwy jednak nigdzie nie wyrwały się. Wreszcie przyszyłem wolny brzeg rozcięgna prawego mięśnia brzusznego do rozcięgna lewego mięśnia brzusznego szwem kuśnierskim z katgutu jodowego i zamknąłem stłuszczone powłoki brzuszne zapomocą kilku szwów głębokich i szwu kuśnierskiego z jedwabiu.

Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowy. Wymioty ustały trwale, wiatry odeszły nazajutrz po operacyi, zaś 5 dnia po operacyi chora miała pierwszy stolec po podaniu oleju rącznikowego. Szwy skórne usunięto 9 dnia po operacyi. Chora opuściła łóżko 21-go dnia po operacyi z opaską brzuszną. Chorą badałem w początku lutego 1905 roku, przytem nie mogłem stwierdzić żadnego śladu nawrotu choroby; w okolicy pępka znajduje się twarda, niepodatna, pionowo przebiegająca blizna.

II. Przypadek. *Hernia umbilicalis incarcerata.* Omfalektomia. Podejrzenie o zgorzel pętli jelita uwięźniętej, pozostawienie jej na zewnątrz jamy brzusznej na 15 godzin. Operacya doszczętna sposobem Mayo na 2 zawody.

A. J., lat 54, cierpiała od 4-go, przed 20 laty odbytego porodu na przepuklinę pępkową. Nosiła tylko opaskę, nigdy nie nosiła peloty przepuklinowej. Od kilku miesięcy często miewała dolegliwości żołądkowe, objawiające się odbijaniem, brakiem łaknienia, a nawet wymiotami, występującemi bezpośrednio po jedzeniu lub po dłuższym czasie. Dnia 18/X 1904 po południu przy zajęciu w ogrodzie, połączonem z wspinaniem się po drabinie (chora zrywała dereń z drzewek), obrzęk nagle powiększył się znacznie i odprowadzić się nie dał. Równocześnie wystąpił bardzo silny ból w obrzęku i coraz częstsze wymioty. Pierwsze wymioty miała w drodze do domu, powracając piechotą ze sadu, odległego o jakie 2 kilometry od mieszkania chorej.

Wezwany dopiero nazajutrz d. 19/X o godz. 2 popołudniu, zastałem chorą w stanie następującym: Kobieta wzrostu średniego, dosyć otyła. Dość znaczny zapad, twarz blada, tętno 100, słabe, ciepł. 37·2. Chora wymiotuje kilkakrotnie podczas badania i uskarża się na bardzo silny ból w okolicy pępka. Przepuklina pępkowa wielkości sporej pomarańczy, skóra mocno napięta, prawidłowo zabarwiona, obrzęk nadzwyczajnie bolesny.

Herniotomię wykonałem tegoż dnia o godzinie $5^1/_2$ wieczorem w następujący sposób: miejscowe znieczulenie sposobem Schleicha. Najpierw poprowadziłem na górnym i dolnym obwodzie obrzęku po jednem cięciu łukowatem, okalającem obrzęk, których końce schodziły się z sobą po obu stronach obrzęku i pogłębiłem je aż do rozcięgna mięśni prostych. Oddzieliłem na tępo zrosty worka przepuklinowego aż do bramy przepuklinowej, okoliłem ją cięciem owalnem i otwarłem po stronie prawej otrzewnę. Pod kontrolą palca, wprowadzonego do otrzewnej, okoliłem nożem gałkowatym cały pierścień przepuklinowy. Na brzegi otrzewnej nałożyłem kilka kleszczy w celu łatwiejszego oryentowania się. Treść worka przepuklinowego i w tym przypadku stanowiła bryła stłuszczonej sieci wielkości pięści; w drugim przedziale worka przepuklinowego znajdowała się pętla jelita cienkiego, około 15 ctm. długa, wiśniowoczarno zabarwiona, bez połysku. Sieć wielką podwiązałem częściami i przeciąłem, resztę pogłębiłem. Po wprowadzeniu do jamy brzusznej pasma gazy jałowej, zapomocą której oddzieliłem część jelita zdrowego od podejrzanego, pętlę podejrzaną owinąłem warstwami gazy jodoformowej i pozostawiłem na zewnątrz jamy brzusznej wraz z dwoma kleszczykami na brzegach otrzewnej. Założyłem opatrunek lekko uciskający z waty Brunsa. Chora czuła zaraz po operacyi znaczną ulgę, wymioty i bole ustały.

Dnia 20/X o godz. $10^1/_2$ zdjąłem opatrunek, a ponieważ pętla, przedtem podejrzana o zgorzel, okazała się zupełnie żywotną, żywoczerwono zabarwioną, po ostrożnem oddzieleniu zlepów jej z gazą jodoformową pogłębiłem ją i przystąpiłem do operacyi doszczętnej. Po

znieczuleniu sposobem Schleicha rany skórnej i mięśniowej odsłoniłem dokoła rozcięgno mięśni prostych na jakie 4 ctm. i poprowadziłem przez rozcięgno i mięśnie proste obustronnie po jednem cięciu poprzecznem na jakie 4 ctm. długiem, sięgającem aż do otrzewnej, odpreparowałem otrzewnę od rozcięgna i zeszyłem otwór otrzewnowy szwem kuśnierskim z katgutu jodowego. Następnie zeszyłem ze sobą oba płaty rozcięgna w sposób powyżej już opisany, a mian. tak, że górny płat rozcięgna pokrył dolny na znaczniejszej przestrzeni. Powłoki brzuszne zeszyłem szwem głębokim i kuśnierskim z jedwabiu. Opatrunek uciskowy z gazy jodoformowej. Tętno po operacyi 92. Ordynacya: ścisła dyeta, worek lodowy na brzuch. Przebieg bezgorączkowy. Ponieważ po operacyi wiatry nie odchodziły, a dnia 21/X stwierdzono znaczną bębnicę brzucha, wprowadziłem wysoko do odbytnicy gruby dren celem ułatwienia odejścia gazów; jednak przez to odejścia gazów nie ułatwiono. Dopiero dnia 23/X po wysokich wlewaniach do odbytnicy wywołano stolec i odejście gazów. Dnia 24/X po podaniu oleju rącznikowego wystąpiły obfite wypróżnienia i gazy odeszły obficie.

Dnia 26/X wyjęto szwy głębokie, zaś 12 dnia po operacyi szwy powierzchowne. Chora opuściła łóżko w 3 tygodnie po operacyi z tęgą poprzecznie przebiegającą niepodatną blizną. Stan ten utrzymuje się do chwili obecnej.

Oba powyższe przypadki służą jako dowód, że operacya doszczętna sposobem Mayo wobec przepuklin średniej wielkości oddaje także i przy uwięźnięciu znakomite usługi. W pierwszym przypadku operowałem podług pierwotnie podanej metody Dr. Mayo (wycięcie obrzęku w kierunku pionowym, przesunięcie płatów rozcięgna bocznych), ponieważ nie znałem ostatniej pracy Dr. Mayo[23]). Natrafiłem w tym przypadku na dość znaczne napięcie przy przesuwaniu płatów bocznych i wiązaniu szwów materacowych. Według Dr. Mayo przy II-giej jego metodzie (wycięcie obrzęku cięciami poprzecznemi, przecięcie poprzeczne rozcięgna i przesunięcie jego płatów jednego ponad drugim) odpadają trudności przy przesuwaniu płatów rozcięgna, przytem operacya daje się wykonać łatwiej i wyniki jej są lepsze. Dlatego Mayo poleca nadal operować tylko tym II-gim sposobem. Ja mogę na podstawie własnego doświadczenia to samo potwierdzić, że przesunięcie płatów w kierunku pionowym daje się o wiele łatwiej uskutecznić i że napięcie tych płatów jest o wiele mniejsze, aniżeli przy pierwszym sposobie. Co do wyników ostatecznych, to w moim I-szym przypadku wynik dotychczas i w dwa lata po operacyi jest bardzo dobry i prawdopodobnie takim pozostanie; w II-gim przypadku od wykonania operacyi minął dopiero krótki czas, dlatego nie można mówić o wyniku ostatecznym. Po operacyi tej, a osobliwie przy pionowem przesunięciu płatów rozcięgna, powinni chorzy przynajmniej przez 3 tygodnie pozostawać w łóżku i nie siadać, w celu uniknięcia napięcia mięśni prostych brzucha i możliwego wyrywania się szwów.

W razie, gdyby pętla jelita była do worka przepuklinowego przyrośnięta, należałoby resekować tę część worka i pogłębiać ją razem z pętlą. Co się tyczy materyału, służącego do szwu materacowego przy zdwajaniu płatów rozścięgnisto-mięśniowych, to oddałbym pierwszeństwo drutowi srebrnemu, a w drugim rzędzie dopiero postawiłbym grubszy jedwab (Nr. 3). Ja użyłem jedwabiu tylko z powodu braku odpowiednio grubego drutu srebrnego. Ścięgno kangura, materyał ulegający wessaniu, uważałbym do tego celu jako mniej przydatne, ponieważ mogłoby zbyt prędko uledz wessaniu, zanim powstaną dostatecznie silne zrosty obu blaszek rozcięgna.

[23]) *L. c.*

Co do przepuklin bardzo znacznych, to sądzę, że metoda ta wobec nich nie da się zastosować. W przypadkach takich należałoby zarzucić próby zamknięcia ubytku (pierścienia przepuklinowego) na drodze autoplastycznej, tylko należałoby pokrywać je odpowiednim materyałem obcym (heteroplastyka). Jako najprzydatniejsze do tego celu wydają się mi siatki druciane, czyli t. zw. peloty filigranowe, polecone po raz pierwszy przez O. Witzela[24]) z Bonn, następnie ulepszone i zastosowane z dobrym skutkiem przez R. Grepela[25]) z Lipska, Willy Meyera[26]) z Nowego Yorku i Willarda Bartletta[27]) z St. Louis. Wszyscy wspomniani autorowie osiągnęli przy użyciu ich bardzo dobre wyniki nie tylko przy przepuklinach ściennych brzucha, ale także przy przepuklinach pępkowych. Gotowe siatki filigranowe, jak je polecają Goepel, Willy Meyer i Willard Bartlett wydają mi się mieć wyższość przed improwizowanemi, ponieważ nie drażnią części miękkich, a nawet wobec przypadkowego ropienia wrastają trwale dzięki przeciwgnilnym własnościom srebra (Credé).

Nadzwyczaj praktycznym wydaje mi się pomysł Willy Meyera, ażeby przy znacznym rozstępie mięśni prostych brzucha po omfalektomii, albo przy innych znaczniejszych ubytkach ścian brzusznych, najpierw wszywać sieć wielką w brzegi ubytku; sieć wielka ma chronić następnie jelita od możliwego drażnienia siatką drucianą. Gotowa siatka z drutu srebrnego powinna być znacznie większą od samego ubytku i we wszystkich kierunkach sięgać poza ubytek; siatkę tę przyszywa się również zapomocą szwów z drutu srebrnego do rozcięgna. Siatka ta wrasta pomiędzy rozcięgnem i tkanką podskórną i stanowi silną ochronną tarczę, stawiającą dostateczny opór tłoczni śródbrzusznej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Wilhelm Türk. **Vorlesungen über klinische Haematologie.** (I. część. Str. X. i 402, z 15 rysunkami w tekście. Wien und Leipzig 1904. W. Braumüller).

Rzecz cała podzielona jest na 14 odczytów, które tem różnią się od innych odczytów, tak często spotykanych, że nie noszą nagłówka: „Moi Panowie", albo „Szanowni Słuchacze", — natomiast są istotnie wykładami dobrego nauczyciela, który umie z bogatego zasobu doświadczenia wyłuszczyć w jasnych i prostych słowach fakta, a ponadto potrafi dokładnie i niezwykle szczegółowo, a przytem zajmująco podać i nauczyć techniki badania krwi. We wszystkich dotychczasowych podręcznikach spotykaliśmy dokładnie opisywane zasady, na których się opiera ta lub owa metoda, a czasem tylko dokładnie opisaną jedną poszczególną metodę, która danemu autorowi najbardziej przypadła

[24]) O. Witzel: Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze. (Einheilung von Filigranpelotten). („Centralblatt f. Chirurgie", 1900, Nr. 10, str. 257 i Nr. 47, str. 1149).

[25]) R. Goepel. Ueber die Verschliessung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze. („Centralblatt für Chirurgie", 1900, Nr. 17, str. 4ę8).

[26]) Willy Meyer: The implantation of silver filigree for the closure of large hernial apertures. („Annals of Surgery" November 1902, str. 767).

[27]) Willard Bartlett: An improved filigree for the repair of large defeets in the abdominal wall. („Annals of Surgery" July 1903, str. 47).

do przekonania i którą dlatego najchętniej wykonywał. U Türka natomiast mamy każdą metodę tak drobiazgowo opisaną, że się chwilami wśród czytania wydaje, że aż za dużo tej dokładności; — kto jednak będzie po raz pierwszy wykonywał jakiś rękoczyn hematologiczny, nauczy się cenić autora-pedagoga i będzie mu tylko wdzięczny. Za przykład pod tym względem może posłużyć opis, jak liczyć krwinki czerwone w kamerze Thoma-Zeissa, albo krwinki białe w kamerze pomysłu autora. A nieocenione wprost są wskazówki, jak czyścić przed i po użyciu przeróżne narzędzia, n. p. mieszacze (melanżery). Wielką zasługą autora jest dalej ta okoliczność, że stara się ustalić mianownictwo hematologiczne, boć, jak sam powiada, panuje między autorami dzisiaj pod tym względem taki zamęt, że jeśli dzisiaj ktoś mówi n. p. o „wielkich limfocytach", to słuchacz właściwie zapytać go musi: „Co Pan przez to rozumie?"

W tych 14 odczytach roztrząsa autor metody badania krwi, sprawę krwinek czerwonych i białych, prawidłowych i nieprawidłowych, sprawę pochodzenia krwinek białych wogóle, a poszczególnych ich postaci w szczególności, a ponadto wzajemny ich związek. Podaje własnego pomysłu tablicę genealogiczną krwinek białych.

Praca ta budzić będzie zajęcie głównie u uczących się, chociaż powinna zaciekawić także i zawodowców-hematologów, z tej przyczyny, że autor, obok teoryi innych badaczy, podaje i własne, nieraz bardzo proste i dlatego właśnie może tem bardziej przekonywujące.

Hematologię chorób narządów krwiotwórczych i krwi, jakoteż opis zmian krwi wśród innych cierpień, obiecał autor opracować w drugim tomie, który ma się w krótkim czasie ukazać i będzie jeszcze więcej pouczający od pierwszego. *Stahr.*

V. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Koerber. **Krótkie uwagi kazuistyczne nad objawem palcowym Strümplla.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 11, 1905). Przypadek opisany przez autora jest z tego względu zajmujący, że objaw Strümplla, który dotychczas miał tylko znaczenie teoretyczne i rozpoznawcze, dosięgnął takich rozmiarów, że stał się jedynym powodem skarg chorego i skłonił go do poddania się operacyi. Dotyczył on 28-letniego mężczyzny, u którego po przebyciu gośćca stawowego rozwinęła się niedomykalność zastawek półksiężycowatych aorty. Chory doznał następnie zatoru mózgowego i prawostronnego połowiczego porażenia. Objawy te z biegiem lat ustąpiły, powoli chory mógł nawet pracować. Do szpitala zgłosił się dlatego, że przy zamierzonych ruchach kończyną dolną prawą występowało zawsze bardzo silne zginanie grzbietowe (flexio dorsalis) palca wielkiego tak, iż ten ustawiał się do stopy prostopadle, przyczem chory doznawał dotkliwego bólu. Przecięcie ścięgna, wykonane na prostowniku paluchа (*m. extensor hallucis longus*) przyniosło choremu ulgę na kilka miesięcy; po roku przypadłości wróciły, jakkolwiek w znacznie mniejszem nasileniu. *Pisarski.*

W. Alter (Szląsk). **Przyczynek do kazuistyki stosowania weronalu.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 11, 1905). W ostatnich czasach stał się weronal jednym z najczęściej stosowanych leków nasennych, a jako główną jego zaletę podnoszono powszechnie zupełny brak własności trujących. Dłuższa praktyka jednak nauczyła, że przez długotrwałe używanie weronalu można sprowadzić przewlekłe zatrucie tym lekiem i że nawet jednorazowe dawki, które nie przekraczają dawki zwykle używanej, mogą już sprowadzić wybitne objawy zatrucia. Autor przytacza z własnej praktyki trzy przypadki, w których po podaniu 1 grm. weronalu wystąpiły ostre objawy zatrucia, a z których jeden zakończył się nawet śmiercią; przytacza wreszcie kilku innych autorów, którzy również spostrzegali przypadki zatrucia weronalem. *Pisarski.*

H. Lenhartz. **Przyczynek do leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 12, 1905). Przez 10 lat zbierany materyał, składający się z 45 chorych, dozwolił autorowi należycie ocenić wartość zabiegu Quinckego w sprawie leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Początkowo sporadycznie tylko stwierdzał polepszenie w przebiegu choroby po nakłuciu lędźwiowem; jak się jednak później przekonał, można prawie zawsze liczyć na pomyślny skutek, jeżeli tylko wykonywa się nakłucie regularnie i dosyć często. Pięć przypadków, przytoczonych przez autora, ilustruje jasno związek między przebiegiem choroby, a nakłuciem lędźwiowem. W jednym z nich wykonano nakłucie 15 razy, płynu zaś mózgowo-rdzeniowego wydobyto ogółem 400 ctm.³. Pomimo, że nakłucie było wykonane bardzo wielką ilość razy, nie spostrzeżono ani razu ujemnego działania tego zabiegu. Za najdogodniejszą pozycyę uważa autor położenie chorego na boku, z silnie ku tyłowi wygiętym kręgosłupem; igłę zaś należy wbijać w miejscu, gdzie linia, poprowadzona od grzebienia kości biodrowej, przecina się z linią środkową ciała, — między dwoma wyrostkami kolczystymi kręgów. Jednorazowo nie należy wypuszczać więcej, jak 50 ctm.³, płynu i to zawsze pod kontrolą manometru. *Pisarski.*

Peters. **Trzy przypadki choroby Basedowa.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 11, 1905). Autor opisuje trzy przypadki choroby Basedowa o bardzo ciężkim przebiegu, które zostały wyleczone antythyreoidyną Möbiusa. Takie przypadki ostro przebiegającej choroby Basedowa, uleczonej zapomocą surowicy Möbiusa, opisuje także Thienger. *Pisarski.*

Riebold. **Powikłania ze strony skóry w ostrym gośćcu stawowym.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, Tom 82, Zeszyt 3 i 4, 1905). Do zwykłych objawów ostrego gośćca stawowego należą obfite poty z następową potówką (*sudamina*); rzadziej już przydarzają się drobne wybroczyny skórne, dając kliniczny obraz plamicy gośćcowej (*peliosis v. purpura rheumatica*) i obie odmiany rumienia, t. j. rumień wysiękowy wielopostaciowy (*erythema exsudativum multiforme*) i rumień guzowaty (*er. nodosum*) — czyli, jak je niektórzy obejmują wspólną dla obu nazwą rumienia wielopostaciowego (*er. polymorphum*). W ścisłym związku przyczynowym z ostrym gośćcem stawowym pozostają w niewielu przypadkach spotykane pojedynczo ograniczone, wielkości mniej więcej jaja gęsiego lub większe, a zazwyczaj pojawiające się w symetrycznych miejscach skóry, zapalne nacieki; są one twarde, bardzo bolesne, ulegają wessaniu w ciągu kilku dni, pozostawiając po sobie zwykle — jak po sińcach — zmiany barwikowe. Zarówno powstawanie rumienia, jakoteż owych nacieków zapalnych tłómaczy autor szkodliwem działaniem jadów gośćcowych na naczynia; że zapalne nacieki występują zwykle w miejscach symetrycznych, może to mieć przyczynę w tej okoliczności, iż ognisko, które w chronologicznym porządku pierwej powstało, oddziaływa niekorzystnie za pośrednictwem i drogą ośrodków nerwowych i gałązek naczynioruchowych, czy odżywczych, na symetryczne położone miejsce drugiej połowy ciała, zmieniając jego odporność na krążące już w ustroju jady. Rzadziej, niż owo nacieki, przydarzają się w przebiegu ostrego gośćca stawowego niezapalne, niebolesne, ograniczone obrzęki skórne, które ściśle odróżniać trzeba od bolesnych, okołostawowych obrzęków obocznych, towarzyszących wysiękom wewnątrzstawowym. Czy przyczynę tych obrzęków upatrywać należy w zmianach naczyniowych i zwiększonej przepuszczalności naczyń, czy też w wpływach nerwów naczynioruchowych, — autor pozostawia tę kwestyę nierozstrzygniętą. Ostry gościec usposabia wreszcie do wytwarzania się odleżyn na skórze; czy w tym kierunku większą rolę przyczynową przypisać należy nerwom odżywczym, czy pewnym substancyom, wydzielanym wraz z potem, czy wreszcie jadom, znajdującym się w krwiobiegu, odpowiedzieć trudno. *Wilczyński.*

Dr. Pollak. **O kilku nowych lekach stosowanych w leczeniu gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift*, Nr. 12, 1905). Wobec dotychczas nieznalezionej surowicy przeciwgruźliczej najlepszą i najstosowniejszą metodą leczenia gruźlicy jest bezwątpienia metoda higieniczno-dyetetyczna; ta jednak mało może być przystępną dla przeważającej liczby warstw ubogich, gdzie gruźlica przeważnie grasuje. Dlatego też zmuszeni jesteśmy w każdym przypadku zastosowywać leki, zwalczające jedynie poszczególne objawy chorobowe. Jednym z najstarszych leków jest kreozot, wywołujący jednak po dłuższem używaniu różne dolegliwości. Pochodne tego przetworu, jak kreozotal, gwajakol, duotal, tiokol, są o tyle lepsze, o ile nie posiadają własności drażnienia, nie mają nieprzyjemnego smaku, są rozpuszczalne w wodzie, a mają pomyślne własności kreozotu. Za najlepszy z nich uważano dotychczas tiokol i sirolinę; obecnie wchodzi w użycie nowy przetwór, *sorisin*, zawierający 10% tiokolu. Autor stosował go przez dłuższy czas i przyszedł wraz z innymi klinicystami, jak Mendelson, Weismayr, do następujących wyników: Sorisin jest doskonałym lekiem pobudzającym trawienie, świetnym środkiem wykrztuśnym, zwalczającym pomyślnie poty nocne, obniżającym u gorączkujących ciepłotę, nawet tam, gdzie piramidon nie skutkuje i powodującym we wszystkich prawie przypad-

kach zwiększenie się ciężaru ciała. Te więc własności doskonałe, jakoteż i ta okoliczność, że preparat ten jest bardzo tani, powinny zachęcić do szerokiego zastosowania sorisinu.

Dr. Maks Hermelin (Lwów).

Prof. F. Wesener. **Wyniki zapobiegawczego wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej w miejskim szpitalu w Akwizgranie.** *(Münchener med. Wochenschrift*, 12, 1905). Wstrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej w celach leczniczych i w przypadkach rozpoznanej błonicy zdobyło sobie dzisiaj prawo obywatelstwa i cieszy się ogólnem uznaniem lekarzy. Zapoznaną dotychczas pozostała jednak druga własność surowicy przeciwbłoniczej, na którą już wynalazca jej zwrócił uwagę, — własność działania zapobiegawczego. Nad sprawą tą dyskutowano szeroko na międzynarodowym Kongresie w Brukseli we wrześniu 1903 roku i wtedy już wyrażono ogólne życzenie, ażeby wstrzykiwania zapobiegawcze były częściej stosowane, jako zabieg zupełnie niewinny, a mogący zapobiegać szerzeniu się błonicy. Jako ujemne strony podnoszono: niepewność działania zapobiegawczego i krótkotrwałość jego — i to jest prawdopodobnie przyczyną, dlaczego zapobiegawcze stosowanie surowicy tak mało dotychczas ma zwolenników. Autor dzieli wskazania do zapobiegawczego wstrzykiwania na trzy grupy: pierwszą grupę osobników, którym zapobiegawczo wstrzykiwano surowicę, stanowili chorzy na choroby niezakaźne, lub też zakaźne, jak płonica, odra i kokilusz, na sali których pojawił się pojedynczo przypadek błonicy. Przypadki takie trafiały się, jak ściśle dochodzenia wykazały, wskutek zawleczenia błonicy z zewnątrz szpitala przez odwiedzających. Chorego takiego odosobniano, a reszcie chorych na tej sali wstrzykiwano surowicę. Wyniki porównywano z latami, w których surowicy nie wstrzykiwano; a jakkolwiek dał się stwierdzić fakt, że ochrona nie wystarcza na długo, to pomimo tego skutek okazał się znakomitym. Druga grupa — to chorzy, u których z niezupełną pewnością można było odrazu rozpoznać błonicę, a których z powodu braku innego miejsca trzeba było dla obserwacyi umieścić na sali chorych na błonicę. Do trzeciej wreszcie grupy należało rodzeństwo chorych na błonicę, przyjętych do szpitala, u których zapobiegawcze wstrzykiwanie surowicy okazało się również bardzo skutecznem. Wedle obliczeń autora koszta takiego zapobiegawczego wstrzykiwania surowicy u rodzeństwa chorych na błonicę, przyjętych do szpitala, nie przewyższają kosztów utrzymania chorego w szpitalu, a nawet są znacznie mniejsze tak, że pomijając już względy humanitarne, które nakazują zapobiegawczo wstrzykiwać surowicę, należy to czynić ze względów utylitarnych, biorąc pod uwagę, że kasa szpitala wyda mniej na surowicę, wstrzykiwaną zapobiegawczo, aniżeli na utrzymanie chorego, który z powodu zaniechania tego zabiegu zapadnie na błonicę i zgłosi się do szpitala. Odsetka zapadających na błonicę pomimo ochronnego wstrzykiwania wynosi według statystyki autora 2·7%, podczas gdy statystyki dawne, kiedy wstrzykiwania ochronnego nie wykonywano, wykazują 9%. Okazało się więc, że jakkolwiek odporność nabyta tą drogą trwa tylko 3—4 tygodni i nie jest bezwzględnie pewną, to jednak wstrzykiwanie ochronne może zapobiedz szerzeniu się epidemii i łagodzić jej przebieg w pojedynczych przypadkach. Jako wystarczającą dawkę wypośrodkowano 200—400 jednostek uodporniających.

Pisarski.

Nowsze spostrzeżenia o weronalu. Weronal, jako lek nasenny, posiada już obfite piśmiennictwo, z którego w ostatnich czasach następujące można zebrać szczegóły: Edhem [1]) wypróbował jego działanie na sobie samym; zachwala go z tego względu, że można wywoływać sen dowolnej długości, nie narażając chorych na przykre uczucie po obudzeniu się. E. podawał weronal w dawce 0,5 grm. Kaan [2]) przez rok wypróbował działanie tego leku u 300 chorych z dobrym skutkiem; podawał go w rozczynie (w gorących napojach), starając się zakryć jego smak, co ma wagę, zwłaszcza w chorobach nerwowych i umysłowych. Średnia dawka wynosiła również 0,5. W 3 przypadkach zauważył po weronalu osutkę, podobną do pokrzywki (u kobiet nie znoszących także innych leków). 4 nerwowe kobiety (z nich 2 histeryczki) po przebudzeniu się doznawały zawrotu głowy i oszołomienia, czego jednak nie było, gdy dawkę z 0,5 obniżono na 0,3. Dla chorych umysłowych jest według K. weronal jednym z najlepszych leków nasennych, oczywiście w dawkach znacznie wyższych, niż zwykłe, więc np. do 2,0 naraz. Bardzo pewnie działa przy odzwyczajaniu chorych od wyskoku i morfiny, byleby morfiny zupełnie nie podawać, bo n. p. u jednej chorej już małe jej dawki upośledzały działanie weronalu. Przyzwyczajenia się do weronalu możnaby się obawiać chyba, oddając lek w ręce chorego; K. u chorych zakładowych nigdy go nie spostrzegał. Jako *sedativum* okazał się weronal najskuteczniejszym w drżączce poraźnej, a także uśmierzał napady kurczów w porażeniach połowiczych, połączonych z kontrakturami. W tym celu najlepsze są większe dawki wieczorne po 0,5; podawanie *in dosi refracta* chybia niemal celu. Zupełnie zaś nie koi weronal bólów; nie działa też sam w bezsenności, wywołanej bólami i wtedy trzeba go łączyć z piramidonem, fenacetyną i t. d. Euler [3]) zestawia z 23 prac wyniki dotychczasowych spostrzeżeń co do weronalu, aby stworzyć szerszą statystyczną podstawę dla ocenienia jego wartości, konieczną już z tego względu, że opisano 2 przypadki ciężkiego zatrucia weronalem (Gerhartz, Clarke) i że i pod innymi względami różni autorowie wypowiadają rozmaite zdania. Takie różnice są n. p. już co do dawek (od 0,25 do 3,3!). Okazuje się jednak po dokładniejszem zbadaniu, że w zwykłej bezsenności wystarcza 0,5. W bezsenności wskutek bólów i przeciw bólom według jednych (także i według doświadczenia samego E.) weronal wcale, nawet w dużych dawkach, nie działa, według innych działa już w średnich (1,0—1,5). Tak samo różnią się zdania co do uśmierzającego działania jego w podnieceniach. Abraham, Thomson i sam E. odmawiają weronalowi tego przymiotu, przynajmniej w silnych podnieceniach; przeciwnie van Husen (33 przypadki, z tego 15 manii). Jednakże wszyscy autorowie, nawet tenże van Husen godzą się, że weronal nie uśmierza podniecenia w *dementia praecox*. W tych zaś postaciach podnieceń, na które weronal wywiera wpływ mniej lub więcej korzystny, zdaje się on działać lepiej u kobiet, niż u mężczyzn, — rzecz, która zasługiwałaby na dokładniejsze zbadanie. Wogóle przeto za ustaloną można uważać dawkę weronalu tylko w zwykłej bezsenności. Jeszcze większe różnice zdań, niż co do dawek (pominąwszy zwykłą bezsenność) — istnieją co do trwałości skutku i przyzwyczajania się do leku. Mniejszość autorów nie zauważyła, by skutek w miarę powtarzania dawek słabnął i by następowało przyzwyczajenie się; przeciwnie twierdzi znaczna większość, wśród której znajdują się takie powagi, jak Jolly i Oppenheim. Ze wspomnianych już dwóch spostrzeżeń zatrucia weronalem dotyczył jeden histeryczki, która zażyła z wieczora 1,0, a nazajutrz rano z własnego popędu 3.0; źrenice nie oddziaływały, tętno było już bardzo złe i musiano się uciec do eteru i kamfory. W drugim podobnym przypadku po 7,5 weronalu, wyżytych przez kilka dni, powstała śpiączka naprzemian z bredzeniem, gorączką, bóle mięśniowe. Prawdopodobnie jednak, — pominąwszy już wyjątkowo wielkie dawki, — obie chore były szczególnie wrażliwe na weronal stwierdzono bowiem (Berent) brak wszelkich złych skutków u jednych osób po takich samych, a nawet większych dawkach, gdy znów u innych osób zdarzały się nawet po zwykłych dawkach zawroty i bóle głowy, nudności i wymioty. Takie nieznaczne dolegliwości zapisują u niektórych swych chorych prawie wszyscy autorowie. Natomiast osutkę, o której wspomina Kaan (obacz wyżej), zauważyli według zestawienia E. 3 autorowie u 5 chorych; zwolnienie tętna Matthey u jednego chorego (tętno 42 po zażyciu 4,0 *pro die*); utrudnienie mowy, zataczanie się — kilku autorów po większych dawkach. Te przeto cięższe nieco przypadłości są bardzo rzadkie w stosunku do 900 przeszło spostrzeżeń, zestawionych przez E. Natomiast lekkie (ból głowy, zawroty i t. d.) są częstsze, choć nie zdarzają się ponad 10% wszystkich chorych. Zdaje się zaś pewnem, że weronal wcale nie wpływa na oddychanie, prawie wcale na serce i trawienie, a na czynność nerek może nawet korzystnie. Wogóle zaś za najtrafniejsze uważa E. zdanie Jollyego, że „wprawdzie weronal nie spełnił wszystkich pokładanych w nim nadziei, niemniej jednak okazał się tylokrotnie skutecznym, że można nim śmiało zastępować inne narkotyki". W dopisku wreszcie wspomina E. o pierwszym pewnym przypadku „weronalizmu", opisanym przez Laudenheimera. Münz [4]) próbował działania weronalu w krztuścu, podając go w rozczynie 1: 120 (z dodatkiem tejże ilości antypiryny) dzieciom do 3 lat po 4 łyżeczki dziennie, co łagodziło napady nocne. Stein [5]) obszernie streściwszy piśmiennictwo, podaje własne doświadczenia, zebrane w chorobach wewnętrznych, w których chorych często trapi opóźniające wyzdrowienie, bezsenność. W takich razach oglądnąć się trzeba za nieszkodliwym środkiem nasennym: to też S., uzyskawszy już dawniej dobry wynik u 25 chorych zwykłemi dawkami (0,5), badał przedewszystkiem skuteczność mniejszych dawek weronalu (0,3). Próby dotyczyły 24, a dodatkowo jeszcze 6 chorych (5 chorób płucnych, z tego 3 gruźlicy, 4 — chorób serca, 6 — nowotworów itp.). Niemal we wszystkich wywoływał weronal (0·3) dobry sen 4—5-godzinny; tylko u 2 chorych sen trwał ledwo 2 godziny, a u 2 innych wcale nie następował, dopóki S. nie powrócił do dawki 0·5. Ani przy zwykłej (0,5), ani tem mniej przy zmniejszonej (0,3) dawce, nie było nigdy żadnych skutków ubocznych; ci autorowie, którzy je opisują, używali dawek wielkich. Pfeiffer [6]) zaleca bardzo weronal w bezsenności, zdarzającej się często po przebyciu grypy i chociaż nie radby zupełnie zarzucić trionalu, przekłada nad niego weronal ze względu na jego nieszkodliwość i uczucie swobody po obudzeniu się ze snu. Zwykłą dawkę 0,5 można w razie potrzeby podnieść aż do 1·0, wyżej chyba wyjątkowo; zaburzenia czynności serca, opisane

w jednym przypadku przez Senatora (*Deutsche med. Wochs.* 1904, 31) przypisuje P. zbyt wielkiej dawce (2·0) i ostrzega, by nie powtarzać zaraz zbyt pochopnie dawki, gdy po zwykłej sen w ½ godziny nie nastąpi, bo weronal działa nieraz dopiero po paru godzinach. Fränkel[7]) należy do tych, którym powiodło się uśmierzać bóle (w 6 przypadkach raka) nawet już małemi dawkami weronalu (0·3—0·6) coprawda z dodatkiem 0·003—0·005 morfiny w przypadkach raków nieuleczalnych). Po jakich 3 tygodniach skuteczność tych dawek się zmniejsza; wtedy dodaje F. nieco więcej morfiny. Podając weronal do 6 tygodni, nie zauważył F. ani razu objawów weronalizmu; osutkę spostrzegał raz jeden, ale po dużej dawce (5·0 *pro die* u alkoholika). Wobec zalet weronalu nie wahał się F. użyć go, za wzorem innych, nawet u oseskówi (0·5: 100 na 3 ławatywy w odstępach ½-1 godzinnych, lub też 1·5: 200, co 2 godziny łyżeczkę) w stosownych pazypadkach dla uspokojenia. Dobrem *sedativum* okazał się też weronal w przypadku pląsawicy u 8-letniego dziecka w dawce 0·10—0·25 i w 2 przypadkach padaczki, wreszcie w 4 przypadkach psychoz (dawka 2·5) i u 2 histeryczek, Gaussel[8]) przytacza obszernie historyę 6 przypadków neurastenii i histeryi, w których weronal w dawce 0,5 działał pewnie bądź jako lek nasenny, bądź uspokajająco, i uznaje ten środek za nadający się do tych przypadków, w których bezsenność nie jest skutkiem bolów. Masay i Drappier[9]) podawali weronal w 5 przypadkach obłąkania histerycznego, 3 otępienia starczego, 2 obłędu ostrego, 3 porażenia postępującego i t. d., w dawce średniej 0,5, wyjątkowo 1·0, próbowali też jego działania na sobie i uzyskiwali zawsze dobry sen, zakończony przebudzeniem się swobodnem i bez dolegliwości; wreszcie opisują przypadek zatrucia u chorej, dotkniętej zadumą, po zażyciu w zamiarze samobójczym 4·50 weronalu. Przypadek ten zakończył się jednak szczęśliwie, a sami autorowie podnoszą, że Berent podawać miał bez szkody 3·50, a nawet 8·0 weronalu. Również Montagnini[10]) podawał weronal u chorych umysłowo (przeszło 200 doświadczeń na 29 chorych), osiągając skutek często już po 0·5, nieraz jednak musiał dawkę podnosić do 1·0, 1·5, a nawet 2·0. Sądzi on, że weronal przewyższa inne, zresztą może silniejsze środki nasenne i uspokajające tem, iż niema obawy przyzwyczajenia się do leku, ani szkodliwego działania na serce i na oddychanie. Po większych dawkach zdarzały się natomiast czasem nudności, wymioty, ból i zawrót głowy, senność zbyt długa. Te same mniej więcej doświadczenia poczynił u obłąkanych Roy[11]), a u 30-tu chorych na różne choroby wewnętrzne San Pietro[12]) (w klinice lekarskiej w Turynie), który także badał dokładniej wpływ weronalu na tętno i oddychanie, i podaje, że chorzy mogą wprawdzie do weronalu przywyknąć, ale stosunkowo powoli tak, że do zwiększonych dawek uciekać się trzeba dopiero po kilkunastu dniach zażywania leku. Z najnowszych prac o weronalu wymienić jeszcze należy badania Fränkla[13]) nad działaniem tego leku w krztuścu. F. zapewnia, że uzyskał zapomocą niego złagodzenie przebiegu, a nawet przerwanie napadów, powołując się na historye chorób swoich, 12 spostrzeżeń i zachęcając do dalszych prób. F. przepisywał: *Veronal* 1,5: 75 *Aq.* (*ferv.*), *Aq. valerianae* 20·0, *Syr. altheae* ad 120·0, co 2 godziny łyżeczkę w mleku. Wreszcie Nardelli Franklin[14]) opisuje 24 przypadków różnych cierpień, w których z powodzeniem użyto weronalu, jako leku nasennego. *B. M.*

[1]) Arch. gén. de méd. 1904, 30. [2]) Therap. Monatsh. 1904. VIII. [3]) Therap. Monatsh. 1904. VIII [4]) Neue Ther. 1904 7. [5]) Prager med. Wochs 1904. 41—42. [6]) Deutsche med. Wochs. 1904, 20 i 51. [7]) Heilkunde. 1904. X. [8]) Montpellier méd. 1904. 8 [9]) Journal méd. de Bruxelles. 1904. 25 [10]) Rivista ven. di Sc. méd 1903, XI. [11]) Bull. méd. de Québec 1904. 10. [12]) Clinica moderna X. 29. [13]) Deutsche med. Wochenschrift 1905, 6. [14]) Bollet. delle mal. ven. 1905. VI. 1.

CHIRURGIA. Dr. Zaaijer. **Badanie wartości czynnościowej nowoutworzonej torebki nerkowej po dekapsulacyi.** (*Mitteil. aus den Grenzg. der Med. u. Chir.*, 1905, XIV, 3). Według zdania Edebohlsa po odjęciu torebki mają się wytwarzać między nerką a otoczeniem obfite połączenia naczyń, przez co nerka lepiej bywa odżywioną, a proces zapalny ustępuje. Na zwierzętach trudno to stwierdzić, bo i wywołanie odpowiedniego procesu zapalnego nie jest łatwem, następnie stosunki unaczynienia nie są te same u zwierząt, co u człowieka. Autor starał się wykazać, że po dekapsulacyi wytwarza się nowa torebka, która wchodzi w łączność z miąższem nerki. Zachodzi tu jednak pytanie, czy te nowe połączenia naczyń spełniają żądaną od nich czynność, czy nie. Stursberg wprawdzie ze swoich doświadczeń na królikach doszedł do przekonania, że te nowe naczynia po dekapsulacyi obficiej są rozwinięte, niż nawet w nerce prawidłowej. Ehrhardt odwrotnie znalazł tylko skąpe połączenie. Wiadomo, że po podwiązaniu tętnicy nerkowej lub jej gałęzi powstają w nerce zawały. Zewnętrzna część kory nerki pozostaje zwykle uchronioną od obumarcia, a to właśnie dzięki połączeniom naczyń nerki z torebką. Tę też cechę użył autor do swoich badań na zwierzętach, a mianowicie stosunek odżywienia kory przy podwiązywaniu tętnicy przy — i po dekapsulacyi. Z doświadczeń autora wynika, że: 1) odżywienie nerki królika od torebki jest jednakie prawie na jej całej powierzchni, z wyjątkiem małej części od strony brzucha wogóle, odżywienie to jednak nie jest zbyt wielkie. 2) Przy równoczesnem podwiązaniu tętnicy i dekapsulacyi wpływu szybkiego niema, w wyjątkowo szczęśliwych przypadkach to tworzenie się unaczynionej torebki może być tak szybkie i wrastanie w torebkę tak silne, że odżywieniu kory nerki bardzo pomaga. 3) Nowoutworzona torebka po 4 tygodniach zaopatrywać może korę w krew, jak prawidłowa, nieco tylko lepiej w miejscu, gdzie tkanka nerkowa głębiej została zranioną i około wnęki nerki. Tkanka okołonerkowa zasila się gałęziami tętnic nadnerczowych górnych i lędźwiowych. Doświadczenia autora przemawiają za tem, że dekapsulacya nerki łącznie ze skaryfikacyą może dać dobre wyniki. *Dr. Klęsk.*

OKULISTYKA. Noiszewski. **Zajęcie rogówki iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego.** (*Synchysis scintillans*). (*Postęp okulistyczny*. Luty, 1905). Autor opisuje przypadek iskrzącego się rozpływu u 21-letniej chorej, która zgłosiła się do lecznicy dla usunięcia zaćmy na oku lewem. Badanie światłem ogniskowem wykazało, że przednia komórka napełniona jest srebrzysto połyskującymi kryształami cholestearyny, zawieszonymi nieruchomo w cieczy wodnej przedniej komórki oka. Iskrzące się kryształy cholestearyny zajmowały również cały miąższ rogówki tak, że rogówka wyglądała jakby przebijana drobnymi kryształkami iskrzącymi się przy oświetlaniu rogówki i była podobną do iskrzącego się lodu na wiosnę. *Dr. Reis.*

Haas. **Czy zranienia oka zanieczyszczone atramentem są niebezpieczne?** (*Wochenschrift f. Ther. und Hyg. des Auges.* Nr. 18, 1905). Odpowiedź na to pytanie daje autor w obecnym artykule, przytaczając dwa przypadki przez siebie spostrzegane. Jeden z nich dotyczy 10-letniego chłopca, którego kolega szkolny uderzył podczas zabawy piórem w oko. Rana długości 2 mm. z wypadniętą tęczówką umiejscowioną była w dolnej połowie rogówki. Rana rogówkowa, rogówka w otoczeniu i tęczówka były silnie zabarwione atramentem. Znaczne polepszenie nastąpiło już na drugi dzień po poprzedniem przepłókaniu i założeniu opatrunku ochronnego. Resztki atramentu z rany usunęło w następnych dniach działanie dioniny. W drugim przypadku przebito piórem powiekę górną i twardówkę. Rana twardówkowa znajdowała się w południku pionowym, 2—3 m. od rąbka rogówkowego, była zasklepiona i przesiąknięta atramentem. Zmniejszone napięcie oka świadczyło w otwarciu gałki ocznej. Mimoto nastąpiło wyleczenie po 10 dniach. Oba przypadki goiły się zupełnie, jak rany czyste. Fakt ten można wytłómaczyć tylko przypuszczeniem, że atrament posiada własności bakteryobójcze. I w rzeczywistości według doświadczeń Calendoliego w zwykłym czarnym atramencie giną drobnoustroje ropne w przeciągu kilku godzin: jedynie laseczniki gruźlicze okazywały jeszcze czwartego dnia pełną żywotność. Wobec tych danych usprawiedliwionem jest mniemanie o względnie dobrym przebiegu skaleczeń oka, zanieczyszczonych atramentem i według możności należy stosować w takich przypadkach leczenie zachowawcze. *W. Reis.*

Dr. M. Kos. **Ostre zapalenie obu nerwów wzrokowych skutkiem zatrucia.** (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 11, 1905). Żołnierz, który dotychczas nie pił i nie palił, uczynił to raz podczas zabawy. Następnego dnia zauważył osłabienie wzroku, wzmagające się z dniem każdym. Lekarz, do którego się chory wreszcie zgłosił, stwierdził zapalenie obu nerwów wzrokowych, znaczniejsze lewego, gdzie granice tarczy zupełnie były zatarte, a naczynia przekrwione, żyły pokręcone. Chorego umieszczono w ciemnicy i podawano mu 0·05 dziennie pilokarpiny, jako środka napotnego. Pod wpływem tego leczenia wzrok powoli powrócił do stanu prawidłowego, jakkolwiek obie tarcze zawsze jeszcze nieco były zmienione, gdyż nie okazywały prawidłowego połysku. Wobec braku wszelkich innych czynników etyologicznych, przypuszcza autor, iż w tym przypadku ostre zatrucie alkoholowo-nikotynowe stało się przyczyną zapalenia nerwów wzrokowych. *Dr. Liebermann.*

Dr. Frachtmann. **Pośrednie zranienie tęczówki, nadwichnięcie soczewki i zaćma korowa przodkowa skutkiem urazu.** (*Wiener med. Wochenschrift.* Nr. 10, 1905). Żołnierz został uderzony pałaszem w oko prawe. Oprócz nieznacznego zdarcia naskórka po stronie zewnętrznej powieki dolnej, idącego od góry wewnątrz, ku dołowi zewnątrz i nieznacznego zranienia spojówki, żadnego zewnętrznego obrażenia nie stwierdzono. Mimo to nastąpił krwotok do wnętrza gałki. Pod wpływem środków napotnych, krew uległa wkrótce wessaniu, wzrok poprawił się nieco, zauważono jednak wówczas, iż zwieracz tęczówki był w dolnej jej części w dwóch

miejscach naddarty, brzeg tęczówki na zewnątrz wywinięty, soczewka opadła ku dołowi, a przednie jej warstwy zaćmione. Skutkiem rozdarcia więzadełka soczewki akomodacya była porażoną.

Dr. Liebermann.

Noiszewski. **Ichtyolan cynku** (*Zincum sulfo-ichtyolicum*) w przed- i po operacyjnem leczeniu zaćmy starczej. (*Postęp okulistyczny*. Luty, 1905). Według doświadczeń autora mają być przetwory ichtyolowe lekiem swoistym w zakażeniu paciorkowcami i używane są w podwójnym celu: albo dla uniknięcia zakażenia w przypadkach podejrzanych przed operacyą, albo w celu zwalczania, a przynajmniej osłabienia zarazka, gdy zakażenie już nastąpiło. W tym właśnie celu używa prof. Wicherkiewicz 5% maści ichtyolowej, smarując nią brzegi powiek po operacyi zaćmy. Autor zaś posługuje się ichtyolanem cynku, sporządzanym według następującego przepisu: *Zinci sulfoichtyolici 5,0, Lanolini anhydr. Vasel. albi aa 2,5.* W pierwszym przypadku nakłada się na kilka dni przed operacyą lekką opaskę z cienką warstwą ichtyolanu cynku. Opaskę taką zmienia się raz lub dwa razy na dobę i ma ona doniosłe znaczenie przy nieco podejrzanem wejrzeniu dróg łzowych. W razie zakażenia zakłada się opaskę, powleczoną grubą warstwą ichtyolanu i zmienia się raz na dobę. Chociaż tak gruba warstwa ichtyolanu cynku sprawia pieczenie, to jednak chorzy opaskę taką znoszą zwykle bardzo dobrze, a następstw złych nietylko nie sprowadza, lecz zachować może niejedno oko, zagrożone zakażeniem, a nawet już zakażone. Działanie maści ichtyolanowej tłómaczy się tutaj wchłanianiem jej przez skórę i drogi chłonne powiek oka i oczodołu.

Dr. Reis.

Stuelp. **O trwałych ślepotach paprociowych przy leczeniu czerwiogubnem u górników w reńskowestfalskiem zagłębiu węglowem.** (*Archiv für Augenheilkunde*, I, 51, 2, rok 1904). Autor uważa swoją pracę za przyczynek, wyjaśniający sposób działania wyciągu paproci samczej na narząd wzrokowy. Ogłoszone dotychczas przypadki nie zawierają wywodów z oględzin wziernikowych dna oka, uskuteczniońych bezpośrednio po wystąpieniu ślepoty, a badania mikroskopowe oka u zwierząt, u których doświadczalnie sprowadzano zatrucie, również nie dały odpowiedzi na pytanie, na które części narządu wzrokowego trucizna bezpośrednio oddziaływa. S. miał sposobność badać osobiście dno oka 12 godzin po zatruciu wyciągiem z paprotki samczej u 34-letniego górnika, który po raz trzeci poddawał się leczeniu choroby tęgoryjcowej. Jednego dnia zażył 4 grm., drugiego dnia naczczo 8 gramów. Wieczorem wystąpiły objawy zatrucia, a badane wówczas dno oka było pokryte białawym obrzękiem, w którym z trudnością można było rozpoznać ścieńczałe naczynia. Wdychiwania natychmiastowe azotynu amylowego i późniejsze wstrzykiwania strychniny nie przywróciły utraconego wzroku. Obrzęk siatkówkowy zwolna ustępował, a z dniem wyjścia ze szpitala chory przedstawiał obustronnie dno oka zasiane licznemi wybroczynami i tarczę nerwu wzrokowego zanikłe. W 3 dalszych przypadkach, badanych przez innych lekarzy, wystąpiły również podobne objawy zakrzepu tętnicy środkowej. Na podstawie obrazów wziernikowych dna oka i nowszych doświadczeń toksykologicznych tłómaczy S. powstawanie ślepoty w sposób następujący: Trucizna, do krwi wessana, dostaje się także do tętnicy środkowej siatkówki, zadrażnia nadzwyczaj czułą i delikatną błonę mięśniową naczyń, która, oddziaływując, powoduje skurcz tętnic. W komórkach zwojowych siatkówki, pozbawionych dopływu krwi, występuje zaburzenie czynności, które stanowi nagły okres początkowy ślepoty. Jeśli w tym okresie skurcz naczyń ustąpi, mogą jeszcze komórki zwojowe siatkówki wrócić do swej prawidłowej czynności. Gdy jednak przez dalsze wessanie działanie trucizny się wzmoże, powstaje porażenie błony mięśniowej naczyń z rozszerzeniem ich światła, zwolnienie prądu krwi, zastój w układzie krwionośnym i dalsze zaburzenia odżywcze pierwiastków nerwowych. Zakrzep tętnicy środkowej siatkówki powoduje obumarcie całkowite pierwiastków nerwowych. Tak więc trucizna paprotki samczej działa w pierwszym rzędzie na układ krwionośny i zbytecznem się staje przypisywanie jakiegoś bezpośredniego działania na pierwiastki siatkówki i włókna nerwu ocznego.

Dr. Reis.

Osterroht. **Przyczynek do kazuistyki grzybicy rogówki kropidlakowej.** (*Keratomycosis aspergillina*). (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, Nr. 7). Dotychczas niewiele opisano spostrzeżeń zapalenia rogówki na tle zakażenia pleśnią. Autor spostrzegał podobny przypadek u pewnego wieśniaka, u którego środek rogówki lewego oka zajmował wrzód, pokryty białym wystającym nalotem. Nalot ten zdjęto zapomocą igiełki. Badanie mikroskopowe wykazało gęste sploty nitek kropidlaka popielatego (*Aspergillus fumigatus*). Po zaszczepieniu cząstek nalotu na agarze wyrosły typowe kolonie tegoż grzybka. Udało się nawet na rogówce królika przez wstrzyknięcie zawiesiny zarodników wywołać powstanie szarego nacieczenia, w którem mikroskopowo wykazano następnie nitki wzmiankowanej pleśni. Po wstrzyknięciu tej samej zawiesiny do ciała szklistego wystąpiła również *hyalomykosis aspergillina*.

K. W. Majewski.

Doc. Dr. Sachs. **Okulistyczne operacye kosmetyczne.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 11. Rok 1905). Praca rozpada się na dwie połowy, mianowicie: operacye kosmetyczne na powiekach i na gałce ocznej. Celem usunięcia niedowładu mięśnia podnoszącego powiekę górną można ścięgno jego skrócić; w zupełnem porażeniu powieki zabieg ten nie wystarcza. W takim przypadku należy wykonać operacyę Hessa, polegającą na odpreparowaniu skóry powieki od łuku brwiowego, aż prawie do dolnego jej brzegu i założeniu szwów, unoszących dolną część skóry. Z górnej części skóry powstaje fałd, który powiece nadaje prawidłowe wejrzenie. Motais wszywa część ścięgna mięśnia prostego górnego. Operacya ta jest jednakże o tyle niedogodną, iż łatwo spowodować może zez w kierunku pionowym. Przy *ptosis adiposa* i *blepharochalasis* należy wyciąć część skóry wraz z leżącą pod nią tkanką tłuszczową. *Blepharophimosis* usuwa się, rozcinając w kąciku zewnętrznym całą powiekę i przyszywając spojówkę do skóry. Aby usunąć zeszpecenie, powstałe skutkiem zmniejszenia gałki, radzi Wecker wykonać tenotomię wszystkich czterech mięśni prostych, a istniejące ewentualnie bielmo tatuować. Zwężenie szpary powiekowej usuwa się przez wykonanie tarsorafii na oku zdrowem i to albo przez zwyczajne zeszycie, lub sposobem Fuchsa z utworzeniem trójkątnego płatka. Obok tarsorafii zewnętrznej konieczną jest nieraz i tarsorafia wewnętrzna, n. p. przy porażeniach n. twarzowego. Skrócenie powiek, powstałe przez zbliznowacenie, usuwa autor przez wycięcie blizny i pokrycie rany plastycznie płatkami skórnymi, wyciętymi z wewnętrznej strony ramienia. Büdinger używa płatów skórnochrząstkowych, otrzymanych z ucha. Celem usunięcia starczego wywinięcia powieki najpewniejsze wyniki daje metoda Kuhnta, względnie Kuhnta-Szymanowskiego. Szymanowski wycinał w kąciku zewnętrznym trójkąt, zwrócony wierzchołkiem do kącika, następnie robił cięcie międzybrzeżne (*intermarginalis*) i zeszywał skórę, jak przy operacyi Diefenbacha. Przeciw wywinięciu powieki ku wewnątrz i podwinięciu rzęs mamy cały szereg operacyi. Przeciw zezowi istnieją dwie operacye: tenotomia i skrócenie ścięgna antagonisty. Jeżeli po tenotomii wynik jest niedostateczny, można go zwiększyć przez odciągnięcie gałki szwami Knappa, za duży zaś wynik usuwa się przez uchwycenie i zeszycie większego fałdu spojówkowego. W każdym jednak razie należy dokładnie spojówkę zaszyć, gdyż w przeciwnym razie może się mięsko zapaść. Daleko dogodniejszem i pewniejszem jest skrócenie ścięgna antagonisty. Celem usunięcia bólów w jaskrze dokonanej można wykonać przecięcie nerwu wzrokowego i nerwów rzęskowych. Po przecięciu spojówki w okolicy mięśnia prostego wewnętrznego i odcięciu ścięgna tegoż mięśnia wchodzi się krzywemi nożyczkami poza gałkę i przecina się tamże wszystkie tkanki. Następnie przyciąga się tylny biegun gałki do rany spojówkowej, wycina się kikut nerwu wzrokowego i wprowadza się gałkę w prawidłowe położenie. Przeciw ropnemu zapaleniu całego oka wykonuje się wypatroszenie sposobem Bungego. Do jamy powstałej przez tę operacyę Mules radzi wszyć kulę szklaną. Często jednakże chorzy tego nie znoszą. Ciało obce wydziela się przez ropienie. W przypadkach zaćmy nie nadającej się do operacyi, można zakryć szpecącą źrenicę przez tatuacyę. Efekt jest tem lepszy, im równiejszym jest brzeg zamalowanej części. Osiągnąć to można albo zaznaczając brzeg trepanem (Hippel), lub usuwając w ograniczonej trepanem części górne warstwy rogówkowe (Fröhlich). Garbiak znacznego stopnia można usunąć trepanem, a w ranę włożyć zdrową rogówkę królika.

Dr. Liebermann.

Dr. Plenk. **Przyczynek do kazuistyki tętniącego wytrzeszczu** (*exophtalmus*) **gałki ocznej.** (*Wiener medizinische Presse*, Nr. 10, 1905). Młody, zdrowy mężczyzna, został uderzony gałęzią w skroń lewą. Natychmiast po doznanym urazie stracił przytomność i miał krwotok z nosa, ust i uszów. Gdy po 4 tygodniach odzyskał przytomność, był zupełnie głuchym i ślepym. Z biegiem czasu odzyskał wzrok i słuch po stronie prawej, po stronie zaś lewej wzrok nieco się tylko poprawił, głuchota natomiast po tej stronie pozostała i nadal zupełną. Równocześnie zauważył chory wysadzenie gałki ocznej lewej i dolegliwy szum w głowie. Z powodu niezdolności do pracy zgłosił się do szpitala o poradę. Stwierdzono wysadzenie gałki ocznej lewej, która sterczy na ½ ctm. ponad linię, łączącą górny i dolny brzeg oczodołu. Wysadzenie to gałki ocznej spowodowane jest przez guz, wypełniający całą przestrzeń ponad gałką i sięgający aż do łuki brwiowego. Guz ten tętni jednocześnie ze sercem. Osłuchując przednią część czaszki, słychać rytmiczny szum. Wszelkie te objawy znikają przy

ucisku na tętnicę szyjną wspólną lewą. Żyły wnętrza gałki ocznej są rozszerzone i pokręcone. Cała ta trójca objawów, t. j. wysadzenie gałki, tętnienie i szum, oraz znikanie wszelkich objawów przy ucisku na tętnicę szyjną, pozwalało rozpoznać tętniak (*aneurysma arteriovenosum*) w zatoce jamistej. Badanie lewego ucha wykazało kostniaka. Również w lewym stawie szczękowym zauważono zmiany, spowodowane złamaniem podstawy czaszki. Musiały zatem powstać 2 do siebie prostopadłe złamania; jedno idące poprzecznie do szczytu piramidy i drugie prostopadłe do pierwszego, idące przez strop jamy bębenkowej do łuski. *Dr. Liebermann.*

Morax. **Ciało obce metaliczne w soczewce. Wydobycie zapomocą elektromagnesu, wyleczenie bez powstania zaćmy.** (*Annal. d'Oculist.*, 1905, Nr. 2). Autor opisuje rzadkie spostrzeżenie, gdzie głęboka rana soczewki, zadana przez odprysk stali, zagoiła się po usunięciu ciała obcego zapomocą wielkiego elektromagnesu Volkmanna, nie sprowadziwszy najmniejszego zaćmienia kory soczewkowej. Jako jedyny ślad po skaleczeniu pozostała tylko plamka rogówkowa i linijna, ledwie dostrzegalna bliżenka w przedniej torebce soczewki. Chory odzyskał prawie pełną bystrość wzroku na oku skaleczonem, a zupełnie zachowaną przeźroczystość soczewki stwierdzono jeszcze w 8 miesięcy po wypadku. Dodać należy, że podczas operacyi odprysk stali, przyciągany przez biegun elektromagnesu, poruszał się w miąższu soczewki i ranił ją w różnych kierunkach, zanim udało się go wyprowadzić przez ten sam otwór w przedniej torebce, przez który dostał się był do wnętrza soczewki. *K. W. Majewski.*

PEDYATRYA. Ibrahim (Heidelberg). **O szczepieniu ochronnem surowicy przeciwbłoniczej.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 11). Materyał kliniczny, który służył do przeprowadzenia pierwszych spostrzeżeń, dzieli autor na 4 grupy. Pierwsza obejmuje rodzeństwo dzieci, u których stwierdzono błonicę i przyjęto na oddział kliniczny. Każde z rodzeństwa tych chorych otrzymywało dawkę uodparniającą surowicy przeciwbłoniczej. Ten sposób praktykuje się w klinice heidelbergskiej od wielu lat, a w czasie tym u żadnego z tak uodpornionych nie było wypadku wystąpienia błonicy. Do II. grupy zalicza przypadki „zakażeń domowych". Gdy na jednej z sal niebłoniczego oddziału zapadło dziecko na błonicę, uodparniano wszystkie inne dzieci, będące w tej sali. I tu także wyniki były najzupełniej po myśli autora. Więcej jednak przekonywają spostrzeżenia, dotyczące przypadków t. zw. zakażenia mieszanego. Łączy je autor w III. grupę. Idzie tu o przypadki płonicy, umieszczane razem z powikłanymi błonicą Löfflerowską i przypadki odry, które znalazły się w sąsiedztwie również powikłanych błonicą. (Szkoda, że autor nie poparł swoich kilkoletnich, a tak zajmujących spostrzeżeń, liczbami, szczególnie co do odry, do której, jak wiadomo, tak chętnie przyłącza się błonica. Nie wiemy ani o ilości spostrzeganych przypadków, ani nic dokładnego o długości czasu, w jakim spostrzeżenia czyniono. Autor poprzestaje na określeniu „wiele przypadków", „od wielu lat" itd. *Przyp. refer.*). W tym szeregu przypadków raz tylko wystąpiło — mimo poprzedniego uodpornienia — zakażenie błonicze, a wkrótce śmierć. Był to przypadek płonicy, w którym w 4 dni po szczepieniu ochronnem (wykonanem na II. dzień po przyjęciu do szpitala) wystąpiła błonica w gardle, a w dzień później w ranie pooperacyjnej za uchem; w następnych dniach przyłączył się koklusz. W tem potrójnem i równoczesnem zakażeniu dopatruje autor przyczynę ujemnego wyniku szczepień ochronnych. Czwartą grupę stanowią dzieci, które zostały przyjęte do oddziału błoniczego, pomimo niestwierdzenia zmian błoniczych. Tu należą wszystkie przypadki „wątpliwe", przypadki dławca wrzekomego, a także dzieci, u których miała być wykonaną tracheotomia dla innych wskazań. I tu uodpornienie dało wynik dodatni. Dalej przytacza autor dwa przypadki, przemawiające za krótkotrwałością uodpornienia; ma ono trwać około 3—4 tygodni: kończy zaś swą pracę wnioskami: 1) Szczepienie ochronne surowicą przeciwbłoniczą powinno być stosowane w każdej rodzinie u wszystkich dzieci, gdy jedno zapadło na błonicę: szczególnie w domach rodzin ubogich. 2) W zakładach dla dzieci, pensyonatach i oddziałach szpitalnych należy w razie pojawienia się jednego przypadku błonicy, poddać wszystkie dzieci szczepieniu ochronnemu. 3) Jako najmniejszą dawkę uodparniającą należy wstrzykiwać 250—300 jednostek, zaś w przypadkach zakażenia mieszanego (szczególnie w odrze) 500 jednostek. Także dawki dla osesków. 4) W oddziałach szpitalnych dla błonicy i wogóle na salach, gdzie powikłania błonicą się zdarzają, należy co 3 tygodnie szczepienie powtarzać, zaś u chorych odrowych co dwa tygodnie. *A. Gettlich.*

Salge. **Uodpornianie przez mleko.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, marzec, 1905). Badania autora odnoszą się do pytania, mającego bardzo wielką doniosłość praktyczną, w jakich warunkach ciała ochronne, antytoksyny, lub istoty bakteryobójcze mogą się przedostać przez ścianę przewodu pokarmowego i być przyswojone? Na przypuszczeniu, że takie ciała ochronne mogą być przyswojone z mlekiem, opiera się Behring, zalecając do karmienia osesków celem zapobiegania gruźlicy mleko surowe, ewentualnie z dodatkiem formaliny, pochodzące od krów nieprzygotowanych, lub przeciw gruźlicy uodpornionych. Wiemy już obecnie z licznych doświadczeń, że ciała ochronne, podane wewnętrznie w surowicy różnogatunkowej, n. p. końskiej, nie dostają się do krwi, chyba w minimalnych ilościach, gdy podamy taką ilość surowicy, że kiszki okazują względem wprowadzonego białka niedomogę i częściowo przepuszczają je niezmienione. Tyczy się to nawet, jak wynika z doświadczeń autora, przewodu pokarmowego noworodka 5-dniowego. Przeciwnie ciała ochronne, zawarte w mleku kobiecem, zostają przez oseska przyswojone. Chodziło o stwierdzenie, czy to samo następuje przy mleku różnogatunkowem. Autor uodpornił kozy przeciw toksynie błoniczej, — mlekiem tychże kóz, zawierającem antytoksynę, karmił trzy oseski (w jednym przypadku chodziło o noworodka 4-dniowego). Okazało się, że po kilkunastu dniach karmienia nie można było wykazać wzmożenia się antytoksycznych własności krwi u osesków. Podobne, zupełnie ujemne wyniki otrzymał autor u dwóch osesków z mlekiem przeciwdurowem. Okazywałoby się z tego, że ciała ochronne, znajdujące się w mleku, mogą tylko wtedy być przyswojone drogą przewodu pokarmowego, jeżeli złączone są z białkiem równogatunkowem. Prawdopodobnie antytoksyna jest związana z drobiną białkową, i jeżeli chodzi o białko różnogatunkowe, przy przyswajaniu białka w przewodzie pokarmowym, t. j. przeprowadzeniu tegoż w równogatunkowe, niszczeje. Autor sądzi, że także inne własności biologiczne surowego mleka, zaczyny, tylko o tyle mogą być przez ustrój wyzyskane, o ile chodzi o mleko jednogatunkowe. *Lewkowicz.*

Brüning (Lipsk). **Znaczenie plam Koplika dla rozpoznania wogóle i rozpoznania różniczkowego odry.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1905, Nr. 10). Po opisaniu znanych powszechnie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, występujących w okresie zwiastunowym odry i noszących nazwę „plam Koplika", podnosi autor, jak nieustalone jest jeszcze zdanie, co do częstości i znaczenia rozpoznawczego tego objawu, jakkolwiek ogromna większość klinicystów znajduje te zmiany w przeważającej liczbie przypadków (70—90% i więcej), uznając je za objaw b. pomocny dla wczesnego rozpoznania nierozwiniętej jeszcze choroby, lecz także objaw, wykluczający swoją obecnością inne podobne stany chorobowe. Są autorowie, którzy widzieli je rzadko (w 20, a nawet 6% przypadków), a znachodzili także w różyczce (Müller) i w zajęciu nieżytowem gardła i górnych dróg oddechowych (Widowitz). Pośród 100 przypadków odry, które Brüning widział w roku ubiegłym w klinice Soltmana, było 50, które spostrzegał od pierwszej chwili rozwijania się choroby — dzięki epidemii, która wybuchła w innych oddziałach zakaźnych. W każdym z tych 50 przypadków stwierdzono plamy Koplika: 3 razy w V. i VI-tym dniu, cztery razy w IV., 7 w III., 11 w II., 25 razy w ostatnim dniu przed wystąpieniem osutki. Ginęły one wkrótce, a tylko w 17 przypadkach pozostały równocześnie z rozwiniętą osutką, zaś w dwóch aż do jej ustąpienia. W innych podobnych stanach chorobowych nie spostrzegał ich autor nigdy. W końcu wyraża Brüning przekonanie, że plamy Koplika są w odrze zjawiskiem stałem, dającem się stwierdzić przy dokładnem badaniu (szpatułką drucianą Taubego) w każdym przypadku, a stanowczo rozstrzygającem w wątpliwych skądinąd przypadkach. *A. Gettlich.*

James Pick. **O zapaleniu nerek jako powikłaniu chorób przewodu pokarmowego u osesków.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. 40, 1904). Po wyczerpującym przeglądzie odnośnego piśmiennictwa omawia autor swoje spostrzeżenia, dokonane na 36 chorych oseskach. Spostrzeżenia te dowodzą, iż powikłanie ze strony nerek występuje bardzo często w przebiegu chorób przewodu pokarmowego w tym wieku i to począwszy niekiedy od prostej niestrawności. W ostrym nieżycie jelit. we wszystkich trzech badanych przez autora przypadkach, mocz zawierał nietylko białko, lecz i składniki postaciowe, świadczące o schorzeniu nerek (wałeczki, przybłonki nerkowe, ciałka krwi białe, w jednym przypadku i czerwone). Ostre zapalenie nerek spotykał autor prawie stale w przebiegu cholery dziecięcej, przyczem nie zauważył jednak stałego związku pomiędzy pojawianiem się obrzęków, a obecnością i ilością białka w moczu. Co do objawów klinicznych, towarzyszących zwykle cholerze dziecięcej, jak śpiączki, niepokoju, przeczulicy, upośledzonego oddziaływania źrenic — to zdaniem autora niepodobieństwem jest wyróżnić, w jakim stopniu objawy te odnieść należy do mocznicy, w jakim zaś przypisać je działaniu jadów, wytwarzanych przez bakterye. W razie wyzdrowienia dziecka

zmiany chorobowe nerek ustępują zwykle bez śladu i następuje zupełny powrót do zdrowia, jednakże sprawa nerkowa może niekiedy przewlekać się jeszcze długo po ustąpieniu cierpienia przewodu pokarmowego, które ją wywołało. W przypadkach przewlekłego nieżytu jelit mocz przedstawiał również obraz nieprawidłowy, jakkolwiek w rozmaitym stopniu. Wogóle powikłanie nerkowe w przebiegu chorób przewodu pokarmowego, jakkolwiek tak częste, nie występuje prawie nigdy na pierwszy plan i zwykle dopiero przy uważnem i szczegółowem badaniu da się rozpoznać; okazuje ono zatem podobną właściwość, co zapalenie nerek, występujące nierzadko na tle kiły wrodzonej u oseskόw. *Żeleński.*

B. Holz. **Wyleczenie dwóch przypadków obustronnego wysadzenia gałek ocznych, oraz jednego przypadku pląsawicy zapomocą usunięcia wyrośli gruczołowatych.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 4, 1905). Pierwsze 2 przypadki tyczyły się dwojga dzieci 7-letnich, u których wprawdzie nie stwierdzono ani istnienia wola, ani też przyspieszonej czynności serca, mimo to jednak autor odnosi wysadzenie gałek, jakoteż stwierdzony u dzieci objaw Gräfego i Stellwaga do choroby Basedowa. Wysadzenie gałek u jednego dziecka ustąpiło w 10, u drugiego w 15 dni po wykonaniu operacyi wyrośli gruczołowatych; u pierwszego dziecka cierpienie to powróciło na nowo, gdy wyrośle odrosły, ale znikło trwale po powtórzonym zabiegu. U drugiego dziecka wykonano poprzednio wycięcie migdałków; wyrośle dopiero usunięto, gdy się przekonano o bezskuteczności pierwszego zabiegu. Z piśmiennictwa przytacza autor spostrzeżenia Arslana, tyczące się 10 chorych na chorobę Basedowa i mających równocześnie wyrośle gruczołowate; 5 z nich na zawsze zostało wyleczonych po ich usunięciu. Jaki związek przyczynowy zachodzi między jedną a drugą chorobą, na razie nie wiadomo. H. przypuszcza, iż jakaś jadowita wydzielina, czy to wola samego, czy też innego narządu, działając toksycznie na ośrodkowy układ nerwowy, wywołuje w razie większego zatrucia chorobę Basedowa, w lekkich zaś przypadkach pokrewne zaburzenia mózgu, jak padaczkę i pląsawicę. Co się tyczy tej ostatniej, Trautman, Arslan i A. Francis znają przypadki wyleczenia zupełnego pląsawicy po wyłuszczeniu wyrośli; tak samo i autor osiągnął korzystny wynik tą samą drogą u 7-letniego chłopczyka. *Korm.*

Schütz. **Przyczynek do poznania naturalnej odporności dziecka w pierwszym roku życia.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor, posługując się w doświadczeniach toksyną błoniczą, stwierdził, że treść żołądkowa oseska, wzięta podczas trawienia u dzieci przy piersi w $^1/_4$, u sztucznie karmionych w $^1/_2$—2 godzin po nakarmieniu, gdy jeszcze nie można było stwierdzić wolnego kwasu solnego, ma wybitne działanie antytoksyczne przy bezpośredniem działaniu na toksynę. Działanie to, różne u różnych osobników, nie zależy od wieku, sposobu żywienia, stanu ogólnego i bywało wyższe u dzieci sztucznie żywionych i wyniszczonych, niż u dzieci zdrowych przy piersi. Własności te treści żołądkowej niszczeją przy zagotowaniu, są jednak bardziej odporne na działanie wyższej ciepłoty, niż pepsyna. Nie są one zależne od obecności mleka, którego działanie antytoksyczne jest minimalne. *Lewkowicz.*

Tada. **Przyczynek do zagadnienia przerostu grasicy.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor podaje cztery przekroje grasicy i sąsiadujących z nią narządów klatki piersiowej z 10-miesięcznego dziecka, które zmarło wśród objawów tężyczkowych i drgawek, i u którego za życia stwierdzono nad górną częścią mostka i na lewo od niego wybitne stłumienie. Przekroje wykazują narząd znacznych rozmiarów; jednak o ucisku tchawicy, przypuszczanym przez niektórych autorów, jako przyczynie śmierci, nie było mowy, a to tembardziej, że między grasicą a tchawicą niejako jako mur ochronny znajdowały się pnie wielkich naczyń. Już prędzej możnaby ze stosunków na przekrojach przypuszczać ucisk na wielkie naczynia i na pień nerwu błędnego. Rozpoznawczo przy stwierdzeniu wspomnianego stłumienia może chodzić o odróżnienie przerostu grasicy od gruźlicy gruczołów oskrzelowych lub gruźliczych nacieków płuc. W pierwszym przypadku niema gorączki i stan odżywienia jest dobry; w drugim istnieje prawie zawsze gorączka, a stan ogólny jest zły i stale się pogarsza nawet w najlepszych warunkach, n. p. przy żywieniu piersią. *Lewkowicz.*

Steinitz i Weigert. **O demineralizacyi i leczeniu mięsnem przy gruźlicy.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor, pragnąc skontrolować podania autorów francuskich, mianowicie Robina i Gaubea, którzy na podstawie wyników badań moczu przypuszczali u gruźliczych już we wczesnych okresach, do pewnego stopnia jako przyczynę usposobienia do gruźlicy zubożenie ustroju w składniki mineralne, a głównie w wapno i magnezyę, podjął się zbadania chemicznego zwłok dziecka jednorocznego, zmarłego na gruźlicę. Za porównanie służyły mu badania dawniejsze różnych autorów, odnoszące się do zwłok oseskόw niegruźliczych. Aby wykluczyć wpływ obrzęków i utraty tłuszczu, obliczono składniki mineralne na suchą i wolną od tłuszczu pozostałość. Wynik przemawia przeciw demineralizacyi.

Korzystne wyniki stosowanego od czasu doświadczeń Richeta przez Francuzów leczenia mięsnego, t. zw. zomoterapii (10—15 grm. surowego mięsa dziennie na 1 kg. wagi chorego) tłómaczono hipermineralizacyą ustroju. Wyniki spostrzeżeń kontrolnych, podjętych przez autorów w klinice prof. Czernego i w paru przypadkach, leczonych poliklinicznie, były, o ile chodziło o stwierdzoną gruźlicę, zupełnie ujemne. W przypadkach początkowych, rozpoznawczo mniej pewnych, osiągano szczególniej w początkach wybitne podniesienie ciężaru ciała, co jednak należy odnieść do korzystnej zmiany w odżywianiu, a nie do działania leczenia mięsnego, jako środka swoistego. *Lewkowicz.*

Langstein i Steinitz. **Wydzielanie moczem węgla i azotu u oseska i dziecka starszego.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Stosunek węgla do azotu: C: N, wahający się u dorosłych zwykle między 0·5—0·7 stosownie do pożywienia, ale nie odbiegający tutaj znacznie od stosunku tego w moczniku (0·429), wzrasta u oseskόw karmionych piersią ponad 1, coby mogło świadczyć, że mocz tu zawiera obficie inne bogate w węgiel połączenia: kwas moczowy, kreatyninę, ciała ksantynowe, kwas oksyproteinowy i t. d. Badania autora wykazują jednak, że nietyle ilość tych ciał wpływa na zwiększenie C: N., ile obniżenie bezwzględnej ilości wydzielanego azotu. Ilość ta jest małą u oseskόw przy żywieniu piersią lub polewką słodową, wysoką przy żywieniu mlekiem krowy. U dorosłych przy ubogiej w azot, a więc głównie roślinnej dyecie można także osiągnąć zmniejszenie wydzielania azotu, a tem samem podniesienie stosunku C: N. w moczu ponad jeden. *Lewkowicz.*

Orgler. **O leczeniu otyłości w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). W przeciwieństwie do przepisów Oertela (mało płynów, mało ziemniaków, dużo mięsa i jaj) zaleca autor za przykładem Rosenfelda pożywienie o wielkiej objętości, a małej wartości kaloryjnej, zatem unikanie tłuszczów, podawanie ziemniaków i doprowadzanie wielkiej ilości płynów. Ta dyeta daje lepsze wyniki, przytem ma tę zaletę, że leczony wstaje od stołu syty. Z początku z powodu zatrzymania wody można spostrzegać wolniejsze opadanie ciężaru ciała, lub nawet podnoszenie się. U chłopca $13^1/_2$-letniego z ciężarem ciała 72·2 kg. osiągnął autor w ciągu 4 tygodni spadek $4^1/_4$ kg. Równocześnie stwierdzono badaniem przemiany materyi pewne gromadzenie azotu; warunek zatem, żeby ustrój nie tracił ustrojowego białka, był spełniony. Przepis dyety na jeden z dni 3-go tygodnia był n. p. następujący: 1-sze śniadanie: 150 ctm.³ herbaty z sacharyną: 45 gr. bułki; 10 grm. miodu. Drugie śniadanie: 300 ctm.³ wody; 85 grm. bułki, 20 grm. miodu. W południe 110 ctm.³ wody. Obiad: 450 ctm.³ wody; 330 gr. ziemniaków gotowanych; 110 gr. mięsa; 60 gr. bobu. Podwieczorek: 250 ctm.³ herbaty z sacharyną; 45 gr. bułki. Wieczerza: 450 ctm.³ wody; 320 gr. przecedzonej kaszy owsianej: 120 gr. ziemniaków. *Lewkowicz.*

Kaliski i Weigert. **O białkomoczu pokarmowym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Wyniki doświadczeń autorów potwierdzają zapatrywanie, że białkomocz przy karmieniu wielkiemi ilościami surowych jaj jest wynikiem pewnej niedomogi soków trawiennych przewodu pokarmowego i przedostawania się do krwi białka różnogatunkowego. Stan nerek nie wchodzi tu w rachubę jako przyczyna, jak to okazuje się z prób u dzieci z białkomoczem okresowym, lub u dziecka z przewlekłem zapaleniem nerek. Białkomocz pokarmowy można wywołać tylko u pewnych osobników i tylko surowemi jajami: surowe mleko, mięso, białko roślinne nie wywołuje białkomoczu. *Lewkowicz.*

Hüssy. **Porażenie rozwieraczy głośni we wczesnym wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, Tom 61, styczeń, 1905). Autor zestawia przypadki znane z piśmiennictwa i podaje własny. U dziecka z wrodzoną kiłą rozwija się w 13 tym miesiącu życia duszność: wdech wydłużony, utrudniony, wydech krótki, wolny; krtań okazuje przy oddychaniu znaczny zakres ruchów. Objawy zwężenia krtani podczas snu były mniejsze, wzmagały się przy pobudzeniu psychicznem. Dziecko umarło 14 dni po cięciu tchawicy wskutek zapalenia płuc. Rozpoznanie udało się potwierdzić za życia po kilku bezowocnych próbach badaniem laryngoskopijnem. Badanie pośmiertne nie wykazało żadnych makroskopowych zmian w krtani. Związek etyologiczny z kiłą uważa autor za możebny, choć wynik swoistego leczenia był ujemny. *Lewkowicz.*

FARMAKOLOGIA. Dr. Quenstedt. **O wpływie związków salicylowych na nerki.** (*Therapie der Gegenwart*, 1905,

Nr. 3). Pierwszy Lüthje zwrócił uwagę na tę okoliczność, że podanie kwasu salicylowego lub jego związków powoduje zadrażnienie nerek i wogóle dróg moczowych. Autor powtórzył te badania na licznym materyale chorych przez przeciąg dwóch lat i potwierdził wyniki Lüthjego. Związki salicylowe, podawane w przypadkach gośćca w przyjętych dawkach, powodowały w 50% przypadków pojawienie się białka w moczu w ilościach małych, rzadziej w większych, dających się ilościowo oznaczyć. W tym samym mniej więcej stosunku pojawiły się w moczu wałeczki, rzadziej można było stwierdzić obecność leukocytów, a jeszcze rzadziej ciałek czerwonych. Nadto stwierdził autor, że obecność białka nie zawsze wszystkiemi przez autora używanemi metodami dało się stwierdzić; autor używał do wykrycia białka proby gotowania z dodatkiem kwasu octowego, z żelazocyankiem potasowym i z kwasem azotowym. Zmiany, jakie wywołuje podanie kwasu salicylowego, są tylko chwilowe i trwają przez czas podawania związków salicylowych, a ustępują znowu, gdy przestaniemy podawać te związki. W nielicznych tylko przypadkach zauważył autor, że białkomocz utrzymywał się jeszcze przez 14 dni po zaprzestaniu podawania salicylu. Jakkolwiek wpływ związków salicylowych na drogi moczowe i nerki został stwierdzony, nie przypisuje mu autor żadnego znaczenia, szczególnie w podawaniu tych związków w przypadkach terapią wskazanych. *Lemberger.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Block. **Przyczynek do poronnego leczenia rzeżączki według metody Blaschki.** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, Nr. 8, 1905). Autor w swej pracy starał się wykazać, że leczenie poronne rzeżączki według sposobu Blaschki daje dobre wyniki, jeżeli ściśle przestrzega się przepisów leczenia poronnego. Do poronnego leczenia nadają się tylko takie przypadki świeżej rzeżączki części przedniej cewki, w których wydzielina z cewki jest jeszcze śluzową lub śluzowo-ropną. W przypadkach, w których wydzielina trwa dłużej nad dwa dni i wystąpiły już objawy podmiotowe w postaci pieczenia i bolesności przy moczeniu, leczenie poronne zwykle zawodzi. Autor zmienił o tyle pierwotną metodę Blaschki, że po zastosowaniu w pierwszych trzech dniach wstrzykiwań 3% protargolu, podnosi, jeżeli się jeszcze gonokoki znajdują, zgęszczenie płynu w czwartym dniu do 4%, a w piątym do 5%, a w szóstym do 6%, zatem postępuje przeciwnie, niż Blaschko, który odsetek protargolu w następnych dniach obniża. Wstrzykiwania, które powtarza się co 24 godzin, jeżeli niema silniejszego podrażnienia, powinien sam lekarz wykonywać, badając codziennie pod drobnowidem wydzielinę przed wstrzykiwaniem. Przy wstrzykiwaniach, które działają tylko na przednią część cewki, przytrzymuje się płyn w cewce przez 5 minut. Jeżeli po sześciu dniach leczenia w wydzielinie znajdują się jeszcze gonokoki, należą odstąpić od leczenia poronnego. Na 44 chorych, leczonych poronnie, miał autor 28 przypadków wyleczenia po sześciu dniach. W przypadkach zaś, w których leczenie poronne zawiodło, następne leczenie rzeżączki było znacznie łatwiejsze i trwało znacznie krócej, niż w przypadkach, w których leczenia poronnego nie stosowano. Na podstawie tych wyników sądzi autor, że nie należy zupełnie odrzucać tego sposobu leczenia, który w stosownych przypadkach może oddać znaczne usługi. *Dr. Stopczański.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Leper. **Przyczynek do patologii doświadczalnej wydzieliny jelitowej.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg. 1904). Leper powziął zamiar zbadać wpływ najczęstszych nieprawidłowości w odżywieniu na wydzielinę jelitową, mianowicie: nadużycia substancyi drażniących (pieprzu, musztardy i innych przypraw), nadmiaru kwasoty w żołądku i nadmiaru przetworów fermentacyi i podrażnień mechanicznych. W tym celu autor przeprowadził w pracowni profesora Pawłowa szereg doświadczeń na psach z przewlekłemi przetokami jelitowemi. Zbadawszy wydzielinę jelitową w warunkach prawidłowych pod względem ilościowym i zawartości enterokinazy i inwertyny, wlewał on następnie do jelita odosobnionego sok żołądkowy, 0,12%—0,5% kwas solny, 0,25—0,5% kwas masłowy, lotny olejek gorczyczny i śledził za jakościowemi i ilościowemi zmianami wydzieliny jelitowej. Okazało się, że wszelkie podrażnienia jelita wywołują, jako odczyn fizyologiczny, wzmożenie wydzieliny soku o nader małej zawartości zaczynów i śluzu; najwybitniej ten odczyn występuje w razie drażnienia płynami, zupełnie obcymi dla błony śluzowej jelita, n. p. kwasem solnym i olejkiem lotnym gorczycy; przy drażnieniu błony śluzowej jelita mechanicznie, sokiem żołądkowym i słabym roztworem kwasu masłowego, jednocześnie z zwiększeniem ilości soku wzmaga się również wytwarzanie kinazy i śluzu, jednak w mniejszym stopniu; jeśli podrażnienie ponawia się kilkakrotnie, to błona śluzowa jelita oddziaływa wreszcie w ten sposób, że ilość wydzieliny wciąż podnosi się, a zaczynów obniża; ten stan trwa przez pewien czas i po usunięciu bodźców drażniących. Sok żołądkowy drażni błonę śluzową jelita w mniejszym stopniu, niż kwas solny o kwasocie, jednakiej z kwasotą soku: pepsyna nie drażni wcale błony śluzowej jelita. Wytwarzanie kinazy i inwertyny ustaje w odcinku odosobnionym według wszelkiego prawdopodobieństwa szybciej, jeśli odcinek nie ulega od czasu do czasu mechanicznemu podrażnieniu lub wlewaniem soku trzustkowego. Sok trzustkowy podnosi wydzielinę kinazy tem silniej, im więcej było obniżone jej wytwarzanie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bołdyrew. **Okresowa praca przewodu pokarmowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1904). Prowadząc doświadczenia na psach z przetoką żołądkową, dwunastnicową i jelitową, przekonał się autor w pracowni prof. Pawłowa, że po ukończeniu trawienia żołądkowego, gdy żołądek jest próżny, przewód pokarmowy nie zostaje bezczynnym, lecz wykonywa zawsze okresową stałą pracę, trwającą nieokreślenie długi czas; okresy pracy trwają mniej więcej 20—30', zmieniając się kolejno z okresami wypoczynku, z których każdy trwa prawie dwie godziny. Ta praca okresowa polega na skurczowej czynności żołądka, jelita cienkiego, kiszki ślepej, na wydzielaniu soków jelitowego i trzustkowego; jednocześnie przez przetokę żołądkową wydziela się alkaliczny śluz, przez przetokę żółciową żółć; wszystkie te zjawiska, cechujące okresową pracę przewodu pokarmowego, rozpoczynają się jednocześnie i jednocześnie się kończą. W ciągu każdego okresu pracy do dwunastnicy wlewa się prawie 30 sz. ctm. naturalnego trzustkowo-żółciowo-jelitowego płynu o odczynie alkalicznym, barwy rozcieńczonej żółci; ciecz ta jest przeźroczystą i bardzo obfitą w zaczyny trawienne — białkowy i tłuszczowy; zaczyny te są tu w stanie czynnym i prawie zawsze w jednakowo znacznej ilości. Nie mniej bogatym w zaczyny jest okresowy sok jelitowy; zawiera on kinazę, lipazę, dyastazę i inwertynę. Okresowy sok trzustkowy odznacza się znaczną lepkością, wysokim ciężarem właściwym i bogactwem w substancye organiczne; przeciwnie, soli mineralnych zawiera on mało; alkaliczność soku jest bardzo nizką; właściwości fizyczne i chemiczne tego soku odznaczają się stałością. Wlewająca się okresowo do jelit ciecz, składająca się z soków trzustkowego, jelitowego i żółci, według wszelkiego prawdopodobieństwa wchłania się całkowicie w jelitach. Wobec tego autor wygłasza przypuszczenie, że okresowa praca przewodu pokarmowego, którą on spostrzegał, jako stałe zjawisko, jest skierowaną ku wzbogaceniu ustroju w zaczyny, niezbędne dla pracy analitycznej i syntetycznej w jego tkankach. Praca okresowa przewodu pokarmowego spostrzega się jedynie u psów zdrowych; nawet lekkie schorzenia przewodu pokarmowego sprowadzają jej zboczenia. U psów zdrowych ginie ona natychmiast, gdy zaczyna się trawienie w żołądku, lub gdy w czczym żołądku zaczyna się wydzielanie soku żołądkowego, lub wreszcie w razie sztucznego wlewania do żołądka lub jelita cienkiego słabych roztworów kwasów: w tych warunkach rytmiczne silne skurcze żołądka i okresowe skurcze jelit ustają, sok trzustkowy i żółć wydzielają się bez przerwy wskutek podrażnienia treścią pokarmową lub kwaśnym sokiem żołądkowym, wydzielina soku jelitowego znacznie obniża się. W przypadkach, gdy autor głodził psy bardzo długo (20 godzin i dłużej), okresy spokoju stopniowo przedłużały się, a okresy pracy skracały się i odznaczały się mniejszą energią, z warunkiem jednak, że nie miało miejsca wydzielanie soku żołądkowego. Podczas tych doświadczeń B. stwierdził w soku jelitowym nowy zaczyn — lipazę, rozkładającą tłuszcze, zwłaszcza znajdujące się w stanie zawiesiny; zaczyn ten działa znacznie powolniej i słabiej, niż lipaza trzustkowa, lecz jest trwalszy od ostatniej i nie traci swego działania w ciągu dłuższego czasu (godzin, doby) nawet w t° ciała. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

P. Bergell i A. Braunstein. **O wpływie soli radowych na fermentacyjny rozkład białek.** (*Medizinische Klinik*, 1905, Nr. 13). Badania Henriego, Mayera, Schmidta, Nielsena, Neuberga, Braunsteina i Danysza wykazały niewątpliwy wpływ promieni radowych na czynność enzymów proteolitycznych. Autorowie uzupełniają prace poprzednich badaczy o tyle, że uwzględniają obok wpływu promieni także wpływ emanacyi radowych. Emanacye otrzymywano przez destylacyę roztworu 5 mgr. bromku radowego w 10 grm. wody. Odbieralnik składał się z dwóch naczyń, z których pierwsze było chłodzone wodą, a drugie skroplonem powietrzem. W tym drugim odbieralniku zbierała się przeważna ilość emanacyi, znacznie większa, niż w pierwszym, gdzie się skraplała woda. Przez odpowiednie zmniejszenie odbieralnika można było wykazać ślady emanacyi w destylatach płynów, które badane wprost w elektroskopie emanacyi nie okazywały. Promienie radowe zdają się nie mieć znaczniejszego wpływu na reakcye enzymatyczne, tyczy się to przynajmniej promieni β i γ, jako łatwo przenikających, przynajmniej naświetlanie bromkiem radowym, umieszczonym w na-

czynku, zamkniętem płytką mikową, a zatem w warunkach, nie dopuszczających działania emanacyi i promieni, nie powodowało żadnych różnic w działaniu inwertyny na cukier trzcinowy, lipazy na lecytynę i pepsyny z kwasem solnym na kazeinę. Do badań ilościowych używali autorowie peptonu z fibroiny (z jedwabiu), z której pankreatyna była w stanie wydzielić około 9% tyrozyny. Ilość tyrozyny, wydzielonej w ciągu 24—48 godzin, była miarą chyżości reakcyi. Sam enzym z peptonem dawał po 24 godzinach 5,4% tyrozyny, naświetlany radem (promieni β i γ) (2,0—4,2%, po dodaniu bromku radowege (promienie α, β, γ i emanacye) 7,5—8,2%, po dodaniu destylatu emanacyi 6,2—7%. Z doświadczeń tych wynika, że promienie β i γ wywierają wpływ hamujący na działanie pankreatyny, emanacye zaś wpływ przyspieszający. W innej seryi doświadczeń badano wpływ bromku radowego na działanie pankreatyny, rozszczepiające najprostszy dwupeptyd, t. j. glicyloglicynę. Ilość powstałego glikokolu mierzono przez oznaczenie azotu w związkach β naftalinosulfonowych. I w tym przypadku można było zauważyć wpływ soli i emanacyi radowych, identyczny z powyżej opisanym.
Seńkowski.

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zapalenie opon mózgowych (nagminne) próbowano między innymi leczyć także **solami srebra** (wcieraniem maści Credego). Doświadczenia swoje ogłosili dotąd głównie autorowie amerykańscy (Schirmer 1898, Dixon 1899, Devoe, Goffe, Kelly 1900, Staller, Maier 1901 i t. d.), z niemieckich Daxenberger (*Klin.-ther. Wochs.*, 1901) i Hauck (*Medico* 1904, 9). Razem leczono 29 przypadków, z tych tylko 2 bez skutku. Daxenberger z 3 przypadków, leczonych tym sposobem, nie stracił żadnego; z 15, leczonych przez niego innymi sposobami, zmarło 14. *H.*

Eumydrinum (azotan metyloatropinowy) jest proszkiem białym, krystalicznym, bez woni, który się topi w ciepł. + 163° C. We wodzie i wyskoku rozpuszcza się łatwo; w eterze i chloroformie jest nierozpuszczalny. Eumydrinę stosują zamiast atropiny po 0·001—0·0025—0·004 na dawkę 3—4 razy dziennie w proszkach, pigułkach, w roztworze lub w postaci czopków. Zasadnicza różnica w działaniu między atropiną a eumydriną jest ta, że ostatnia nie działa na ośrodkowy układ nerwowy, jak atropina, a natomiast zachowuje działanie na zakończenia nerwów obwodowych; z tego powodu jest mniej trująca od atropiny. Gdy atropina pod względem działania fizyologicznego i farmakologicznego na układ nerwowy różnorodnie działa i częstokroć wywołuje działanie toksyczne bez poprzedniego wyniku terapeutycznego, to eumydrinę możemy stosować nawet tam, gdzie istnieje idyosynkrazya dla atropiny, względnie przetworów wilczej jagody; również nie potrzeba się obawiać działania zbiorowego. Eumydrinę podaje się we wszystkich tych przypadkach, gdzie wskazaną jest atropina. Haas podawał ją w nerwicach żołądka i jelit (*hypersecretio, hyperchlorhydria, succorrhoea, gastralgia, gastralgokinesis; perityphlitis, appendicitis*). (*Therapie der Gegenwart* 1905, Nr. 3). Jonas (*Wiener klin. Wochs.* 1905, 4) podawał ją jako lek przeciwpotny u 30 suchotników; tylko u 5 eumydrina nie działała wcale, natomiast najczęściej usuwała poty na tak długo, dopóki lek ten podawano. Objawów ubocznych (prócz uczucia suchości w gardle po większych dawkach) nie było. *Lemberger.*

Dr. J. Neumann. **Fukol**, środek zastępujący tran rybi. Fukol sporządzają ze suszonych i zmielonych morszczynów (*Fucaceae*) przez wytrawienie ich olejami roślinnymi (*Ol. olivar.*, *Ol. sesami*, *Ol. arachidis*) i sączenie. Smak fukolu jest przyjemny i nie posiadający nieprzyjemnego posmaku, jaki jest właściwy tranowi rybiemu. Z powodu znacznej ilości wolnych kwasów tłuszczowych tworzy w przewodzie jelitowym mydła łatwo emulgujące tłuszcze, przyczyniając się do szybkiego wchłaniania tychże. W przeciwieństwie do tranu rybiego chorzy znoszą fukol także w lecie. Dawka wynosi dla dorosłych 3 łyżki dziennie, dla dzieci stosownie do wieku 1—3 łyżeczek. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1905, Nr. 2). *Lemberger.*

Sorisiny używał u dzieci Buchsbaum (*Aerztl. Central-Ztg.* 1905, 6) w tych przypadkach, w których wskazanym był kreozot, ponieważ przetworów kreozotowych dzieci albo wcale nie chcą zażywać, albo zażywają bardzo niechętnie. Natomiast chętnie biorą sorisinę, która jest w zasadzie 10% roztworem tiokolu w syrupie pomarańczowym; tiokol zaś, jak wiadomo, pochodzi od gwajakolu, który jest właściwie działającym składnikiem kreozotu. B. leczył sorisiną 14 przypadków gruźlicy: u wszystkich tych dzieci stwierdził, że lek niewątpliwie działa korzystnie, wzmacniając siły i poprawiając stan ogólny. We wczesnych okresach choroby powracało łaknienie. Kaszel i plwocina zmniejszały się, gorączka i poty nocne znikały; nawet zaś w dalej posuniętych przypadkach chorzy przynajmniej przybierali na wadze. W przedmiotowym stanie płuc nastawała poprawa o tyle, że ustępowały lub zmniejszały się przysłuchowe objawy niezytu w szczytach. B. podawał sorisinę po 2—3 łyżeczek dziennie; poprawa stanu ogólnego, łaknienia i t. d. następowała zazwyczaj już po tygodniu. Oczywiście sorisina, jak wszystkie inne podobne środki, nie jest lekiem swoistym; niemniej jest to, zdaniem B., dobry środek pomocniczy, nadający się szczególnie do leczenia dzieci. *Ll.*

Anthrasol stosował V. Meyer u 45 chorych na różne choroby skórne i tylko 2 razy zauważył wskutek tego leczenia zadrażnienie skóry, co w porównaniu do innych przetworów smołowych stanowi odsetek bardzo mały. Najlepsze wyniki uzyskał M. w 12 przypadkach *Eczema marginatum*, stosując maść: *Anthrasol, Lanolin, Sulf., praec., Sapon. domest. pulv.* aa 20,0 i 11 przypadkach świądu zapomocą 10% maści antrasolowo-glicerynowej. Natomiast w świerzbie jest antrasol mniej skuteczny od innych leków, np. peruolu; również w łuszczycy działał 10—20% wyskok antrasolowy tylko w okresach początkowych, w okresach zaś późniejszych musiał M. uciec się do pędzlowań eugallolem. (*Deutsche Praxis* 1904, 17). *A.*

W sprawie **osutek po mezotanie,** spostrzeganych niejednokrotnie w różnej postaci, od lekkiego zapalenia skóry, aż do uporczywych wyprysków, utrzymuje Korach (*Münch. med. Woch.*, 1904, 34), że te niemiłe skutki uboczne nie tyle zależą od samego mezotanu, ile od sposobu jego stosowania. Dlatego radzi K. zamiast wcierań używać tylko pędzlowań (1—2 × dnia, w 20—30% roztworze oliwnym), nie pokrywać potem skóry żadnym opatrunkiem i przerwać pędzlowania, gdyby wystąpiły najmniejsze nawet objawy podrażnienia skóry. W ten sposób postępując, nie spostrzegał K. na 40 przypadków ani razu złych skutków. *B.*

Uśpienia chloroformowo-hedonalowego użył Podhorecki (*Deutsche med. Wochens.*, 1904, Nr. 50) u 50 kobiet. Hedonalu podawano 2,0 w opłatku na ½—1 godziny przed operacyą. Po tej dawce chore stawały się senne, ale nie usypiały; uśpienie chloroformem zaś nastawało bardzo szybko (po 5 min.) i (z wyjątkiem 3 przypadków) zupełnie bez okresu podniecenia. — U 46 z 50 chorych wykonano większe operacye ginekologiczne (laparotomie), przy których konieczne jest głębokie uśpienie; dzięki hedonalowi wystarczało do tego średnio 24,5 chloroformu na godzinę. Przy krótszych operacyach (wyskrobanie i t. d.) wystarczało 6.0 chloroformu. W czasie uśpienia tętno nie przekraczało 67—80, oddychanie było prawidłowe, skłonność do wymiotów mniejsza, niż zwykle (34 chorych wcale nie wymiotowało). Ponieważ hedonal trudno się wsysa, przeto na przyszłość zamierza P. podawać go w roztworze i to przynajmniej na godzinę przed operacyą. *B.*

Methylatropinum bromatum, związek krystalizujący w blaszkach o składzie $C_{18}H_{26}NO_3Br$, łatwo rozpuszczalny w wodzie i rozcieńczonym wyskoku, odznacza się głównie tem, że działa słabiej i krócej, niż sama atropina, i nie wywołuje właściwych atropinie przykrych objawów ubocznych. Według Aronheima (*Berl. klin. ther. Wochs.* 1904, 28) uśmierza lek ten bole, jak morfina, znieczula rogówkę i spojówkę, jak atropina z kokainą i usuwa świąd w wielu chorobach skórnych. Do wstrzykiwań podskórnych (zamiast morfiny) używa A. roztworu 0,05: 20,0, wstrzykując w miarę potrzeby ¼—1 strzykawki Pravaza. Przy tem leczeniu uspokojenie się bolów nie łączy się z przykremi przypadłościami, częstemi po morfinie. Wewnętrznie podaje A. od 1½ roku *methylatr. brom.* we wszystkich tych przypadkach, w którychby dawniej podawał morfinę i przepisuje na dawkę 0,002. W padaczce przepisywał A. ze skutkiem: *Methylatrop. brom.* 0,1. *Antipyr.* 1,5, *Ammon. brom. ad.* 50,0—100,0, 3—4 razy dnia na koniec noża. *M.*

Chorobę Basedowa leczył w 2 przypadkach Josionek (*Mediz. Woche* 1904, 37), podając 2 × dnia po gramie, później po 2 gramy antityreoidyny Möbiusa (wyrobu Mercka). W przypadku krócej trwającym skutek nastąpił w ciągu 2 tygodni; w przypadku przewleklejszym nastąpił później, a przez pierwszy tydzień podawania lek zdawał się wcale nie działać. W obu przypadkach obwód szyi znacznie się zmniejszył, stan oczu i tętnic powróciły do normy i chorzy mogli powrócić do pracy zawodowej. *M.*

Pożytek **dioniny** w okulistyce stara się Spengler (*Zeits. f. Augenheilk.* 1904, T. XII) określić zapomocą zestawienia wyników, osiągniętych i opisanych przez 46 autorów w 68 publikacyach (w zestawieniu tem uwzględnione są dokładnie także wszystkie prace polskie). Ogólne wnioski, wysnute przez S., są następujące: 1) Nie spostrzegano dotąd szkodliwego wpływu dioniny na oko nieuszkodzone (z wyjątkiem jedynego przypadku Łuniewskiego: wybroczyna

w sąsiedztwie plamki żółtej). 2) Większość autorów uważa dioninę przy świeżych skaleczeniach rogówki i po operacyach za przeciwwskazaną. 3) Wszyscy uznają, że dionina koi znakomicie ból, a działanie to jej sięga wgłąb, z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków. Szczególnie nadaje się dionina do tego celu w jaskrze. 4) Dionina usuwa często światłowstręt i kurcz powiek. 5) Prawdopodobnie wzmacnia dionina działanie atropiny. 6) Czy dionina działa wyjaśniająco, przeciwgnilnie i t. d., jednem słowem, czy wpływa na samą sprawę chorobową, jest rzeczą wątpliwą. — Te lecznicze własności przypisuje jednak dioninie w ostatnich czasach Bucsanyi (*Budap. Orvosi Ujsag.* 1904, 30). — Dioninę stosować można tylko pod okiem lekarza. *M.*

Kolargolu użył w przypadku posocznicy z nieznanego źródła prof. Wenckebach (*Nederl. Tidsch. v. Gen.* 1905, 25, I) i podaje, że po jednorazowem wstrzyknięciu 3 ctm. sz. 2½% roztworu tego leku znikła odrazu gorączka, ciągnąca się od 2 miesięcy i opierająca się wszelkim innym środkom. W. Friedmann zdaje sprawę z leczenia kolargolem rozmaitych spraw septycznych w klinice Credégo (*ärztl. Reformzeitung* 1905, 1—4) i opisuje pomyślnie zakończone przypadki ropowicy ramienia, posocznicy, zapalenia stawu kolanowego i ropnicy, których przebieg osobiście w klinice tej śledził, oraz kilka spostrzeżeń z własnej praktyki (z tego 2 zakażenia połogowe, jedno u własnej żony, — wyleczone). Ceresole (*Riv. Ven. di Sc. med.* 1904, S. 193) badał u 11-tu chorych na posocznicę i ropnicę wpływ śródżylnych wstrzykiwań kolargolu na krew i stwierdził, że nie wpływają one na ciałka czerwone, ani na hemoglobinę, natomiast wywołują przemijającą hyperleukocytozę i obniżają gorączkę. Szczególnie wybitne było to obniżenie gorączki w 2 przypadkach róży. *H.*

W leczeniu dny bywają używane oprócz stosownej dyety, leczenia zdrojowego, leczenia sposobami fizycznymi, — leki wewnętrzne, które według Weissa (*Heilkunde*, 1904, Z. 12, grudzień) podzielić można na 4 gromady: 1) przetwory salicylowe, których działanie trudno wytłómaczyć teoretycznie; 2) diaminy, mające wprawdzie własność rozpuszczania kwasu moczowego, lecz o których niewiadomo, czy własność tę zachowują i w samym ustroju; 3) kwas chinowy i jego przetwory, co do których pożytku zdania są sprzeczne; 4) związki formaldehydu, tworzące w ustroju łatwo rozpuszczalne połączenia z kwasem moczowym; należą tu urotropina i cytaryna. Urotropina zdaje się być stosowniejszą w przypadkach kamicy moczanowej, cytaryna zaś zdaje się lepiej zapobiegać i usuwać złogi w tkankach. W. używał cytaryny w 20 przypadkach; tylko jednak w 14 z nich mógł dokładnie sprawdzać jej działanie i na ich podstawie orzeka, że lek ten działa istotnie i głównie w zaostrzeniach się bólów dnawych; natomiast w przypadkach przewlekłych działanie jego raz bywa wybitne, kiedyindziej zaś nie jest wyraźne. Wogóle zaś zauważa W., że dopóki nie będzie wyjaśnioną stanowczo przyroda zaburzeń wymiany materyi w dnie, dotąd będzie szwankować i teorya działania leków wewnętrznych, których widoczny skutek polega tylko na ukojeniu bólów. Pamiętając zaś o tem, że niemała część dolegliwości dnawych zależy nie od samych złogów dnawych, ale od następowych stwardnień włóknistych, należy nigdy nie zaniedbywać fizycznych sposobów leczenia (leczenie mułowe, kąpiele siarczane, mięsienie, gimnastyka). Dobre wyniki z podawania cytaryny osiągnął także Floret (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, 1). w 6 przypadkach. Również Baaz (*Zeits. f. ärztl. Fortbild.* 1905, 4) usunął zapomocą cytaryny ostre napady dny w 2 przypadkach bardzo szybko. Zwykła dawka cytaryny wynosi 2 g.; w czasie napadu dny podaje się 3—4 dawek dziennie. *B.*

Gonosanu użył Prof. Zeissl (*Wiener med. Presse* 1905, 7) u 116 chorych swej kliniki. Tylko u 3 musiał przerwać leczenie gonosanem z powodu zaburzeń trawienia (bolu w okolicy pępka). Przez pierwszych 14 dni rzeżączki brali wszyscy chorzy tylko gonosan, miejscowo zaś zaczynano leczenie dopiero w trzecim tygodniu. Już po 24 godz. podawania gonosanu można było stwierdzić składniki żywiczne w moczu. Ze wspomnianych 3 chorych, którzy skarżyli się na dolegliwości żołądkowe, można było u 2 po 2-dniowej przerwie do leku powrócić; tylko jeden wcale go i po przerwie nie znosił. Pokrzywki, zdarzającej się po środkach balsamicznych, po gonosanie ani razu nie było. Powikłania zdarzyły się 5 razy, zanim zaczęto leczenie miejscowe (3 zapalenia najądrza, 2 zapalenia pęcherza). Wzwody prącia gonosan nie zawsze usuwa. Z. uważa gonosan za lek lepszy od terpentyny i olejku sandałowego. *L.*

Zamiast **wód do oczu** proponowano już dawniej rozczyny olejne leków (Deval, 1850). W nowszych czasach powrócił do tej myśli Panas ze względu na łatwą rozpuszczalność alkaloidów w olejach, łatwe zastosowanie, trwałość rozczynów, a wreszcie aseptykę. Wolffberg i Sommer (*Woch. f. Ther. und Hyg. des Auges*, 1903, 15 i 1904, 28) chwalą bardzo olejne rozczyny ezeryny i kokainy. Daxenberger zaś (tamże, VIII. 10) używał w leczeniu chorób brzegu powiekowego i spojówek oleju aristolowego, t. j. 10% rozczynu aristolu w oleju łogowym. W cierpieniach brzegu powiekowego (*blepharitis* i t. d.) zastępuje ten lek z korzyścią dotychczas używane maści. Smaruje się nim 2 razy dnia zapomocą jałowej gazy lub waty brzeg powiekowy. W zapaleniach spojówek wkrapla się 1—2 × dnia po 2—5 kropli tak, jak zwykłe wody oczne; podobnie używa się go w powierzchownych urazowych wrzodach rogówki i przy oparzeniach wapnem. Działanie zdaje się być lepsze, niż innych wkraplań; nadto wkraplania olejne wcale nie są przykre dla chorego. Olej aristolowy znajduje się w handlu już wyjałowiony; utrzymuje się latami bez zmiany. *B.*

Wyprysk w okresie zapalenia i nacieku leczy się (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, 30) zwykłymi sposobami, natomiast w okresie sączenia (*eczema madidans*) zaleca zamiast powszechnie używanej maści Hebry — pastę lenigallolowo-cynkową. Środek ten usuwa natychmiast swędzenie, a po 2—3 dniach sączenie. Pastę (z początku 10%, potem 20%) nakłada się na skórze na grubość tylca noża i pokrywa watą lub opaską, albo zasypuje proszkiem krochmalu. Rano i wieczór zmywa się starą pastę wazeliną. Do doleczania smolowego nadaje się zdaniem M. najlepiej antrasol, jako środek nie drażniący, a przytem prawie bezwonny. *Ln.*

Rzeżączkę cewki moczowej **u kobiet** leczy Runge (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 5) obecnie w sposób następujący: Odrazu podaje gonosan (3 × dnia po 2 kapsułki), równocześnie z odpowiednią dyetą. Po 2—3 dniach, gdy objawy ostre złagodnieją, nie przerywając leczenia wewnętrznego, rozpoczyna R. wstrzykiwania 10% protargolu: raz dnia 1 cm.³. Gdy z wydzieliny znikną gonokoki (zwykle 7—9 dnia), usuwa R. zwolna protargol, zastępując go codziennem (stopniowem) wstrzyknięciem 12—20 cm.³ rozczynu Ricorda (*Plumb. acet. Zinc. sulf. aa* 2·0: 200·0). Do wstrzykiwań protargolu korzystnie jest używać strzykawki z nasadką celuloidową Fritza, której końcowe zgrubienie nie dozwala dostać się wstrzykiwanej cieczy do pęcherza, tak że musi ona przez boczne otworki wypływać na błonę śluzową cewki. U mężczyzn zaleca protargol ponownie bardzo gorąco Juliusberg (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 4). Badał on w klinice Neissera we Wrocławiu na 30 chorych, czy zarzuty, podnoszone przeciw siarkanowi cynkowemu (ulubionemu do dziś środkowi wśród lekarzy-praktyków) nie są przypadkiem przesadne i przekonał się, że u większości chorych dwoinki rzeżączkowe nie znikły z wydzieliny nawet po 10—17 dniach stosowania siarkanu cynkowego; usuwał je dopiero protargol. Dlatego siarkan cynkowy należy w leczeniu ostrych rzeżączek zupełnie zarzucić; natomiast może on być użyteczny w doleczaniu. J. zaleca w ostrej rzeżączce wstrzykiwać ¼—½% rozczyn protargolu (z dodatkiem 3% antypiryny), 3—4 × dnia na 10—15, a nawet 30 minut. Rozczyny te muszą być zawsze sporządzane „*frigide et recenter*“. *B.*

Bromipinę podawał Hirschkron (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 1904, 45) w padaczce (w postaci tabletek t. zw. „bromipin. solidum sacchar.“ po 5—6 dziennie, lub w płynie — łyżeczkami), w pląsawicy i w parestezyach narządu moczowego. Skutek był conajmniej równy działaniu innych przetworów bromowych, które bromipina jednakże tem przewyższa, że, jak się zdaje, nie wywołuje bromicy, nie zadrażnia przewodu pokarmowego, a dzięki zawartości tłuszczu poprawia odżywienie. *M.*

Bizmutoza ma mieć nad powszechnie używanym azotanem bizmutu (*bism. subnitr.*) tę wyższość, że wiąże więcej kwasu solnego, jest mniej trującą, dłużej działa ściągająco i niema metalicznego smaku, oraz nie drażni błony śluzowej żołądka i jelit. Z tych względów podawano ją w klinice Baginskyego w Berlinie w ciągu 1½ roku około 400 oseskom, a Nathan (*Arch. f. Kinderh.*, T. 29), zdając z tego sprawę, uważa wynik prób za pomyślny. Jako najodpowiedniejszą formę stosowania leku zaleca N. dawkę dzienną, zwykle 6·0, miesza się z 30 cm.³ cienkiego, czystego kleiku owsianego, z czego co 2 godziny po silnem skłóceniu płynu podaje się, lekko ogrzawszy, po łyżeczce od herbaty (= 0·5—1·0 *pro dosi*). Ocena leku jest utrudnioną nieco przez to, że na wynik leczenia znacznie wpływa stosowna dyeta, równocześnie przestrzegana. W ostrych nieżytach podawano bizmutozę dopiero po 3—4 dniach dyety i po leku przeczyszczającym. Ściągające działanie bizmutozy prawie zawsze wybitne. U starszych dzieci (2—5 letnich) stwierdził N. pod wpływem bizmutozy (co 2 godz. na koniec noża) zawsze szybkie i trwałe wyleczenie nieżytów jelit. *K.*

Jodypina działa według Schönbauma (*Berl. klin. ther. Wochs.*, 1904, 47) [w dawce 2 łyżeczek dziennie 10% przetworu, lub w postaci codziennego wstrzyknięcia 10 cm.³ 25% przetworu pod skórę] jednostajniej, a dłużej od innych przetworów jodu

w późnych formach kiły, w dychawicy oskrzelowej i w miażdżycy. Przewyższa ona nadto owe przetwory tem, że nie drażni żołądka, ani nerek. Zdanie S. jest zgodne z zapatrywaniami Serenina, Wodjagina, Szczerby, Wiewiorowskiego i Preobrażeńskiego, objawionemi w toku dyskusyi w Tow. lek. moskiewskiem (*Wraczebn. Gaz.*, 1904, 11 i *Allg. med. Central-Ztg.*, 1904, 36). Stenner (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1905, 2) zaleca również jodypinę u chorych, nie znoszących innych przetworów jodu, podając, że Prof. Demetriade w Jassach stosował jodypinę z powodzeniem u 14 chorych na kiłę, w 4 przypadkach łuszczycy (jeden niewyleczony) i w 2 przyp. twardziny skóry (*siledornia*). *M.*

Zamiast **wcierania** (przy leczeniu rtęcią) polecił Herxheimer klepanie, przez co rtęć ma się dostawać w skórę głębiej i szybciej, jak to H. udowodnił badaniami mikroskopowemi. Ponieważ sposób ten jest dla chorego i dla wcierającego dość uciążliwy, przeto Ledermann (*Deutsche med. Wochs.*, 1904, 42) proponuje zamiast tego mięsienie wibracyjne zapomocą odpowiedniego wałka, poruszanego elektrycznością. L. posługiwał się do wcierań podaną przez siebie resorbiną rtęciową. Przyrząd L. wyrabia Louis & Ledermann, Berlin N., Ziegelstrasse 28.

Czerwonkę radzi Kühnemann (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1904, 35) na podstawie 135 własnych spostrzeżeń leczyć w sposób następujący: W dwóch pierwszych dniach choroby 3 × dnia po łyżce oleju rącznikowego. Po dobowej lub dwudniowej przerwie podaje K. 3 × dnia po 1 gramie tannigenu, uważając go za dobry środek ściągający, natomiast odradza makowca. W późniejszym zaś okresie, zwłaszcza wobec zaburzeń żołądkowych, zaleca K. azotan bizmutowy (*bism. subnitr.* 3—4 × dnia po 1·0). W bardzo ciężkich przypadkach, gdy słabnie serce, jedynie skutecznem jest podskórne wlewanie fizyologicznego roztworu soli. W razie znacznych dolegliwości żołądkowych, czkawki, wymiotów niepowściągłych, podawać należy pokarmy płynne chłodzone, a z leków *Trae jodi 0,3, Kali jodali 5,0, Aq. dest. 120·0*, 3 × dnia po łyżce. Brzuch muszą chorzy utrzymywać ciepło; okłady lodowe, n. p. w razie bólów, najczęściej stan pogarszają. Dyeta musi być płynna, najlepiej kleik jęczmienny; mleko, jeżeli je chory znosi. W drugim tygodniu można próbować, jeżeli stan się poprawia, sago na mleku, rosołu z tapioką, jaj na miękko, niesłodzonego kakao; do tych pokarmów można dodać somatozy, ale nie więcej nad łyżeczkę i to nie stale. Jako napój poleca K. wodę białkową. Po pojawieniu się prawidłowych stolców należy jeszcze przez tydzień przestrzegać płynnej dyety. *L.*

Neuronal (bromdietylacetamid) należy do grupy związków chemicznych, dopiero niedawno na zasadzie teoretycznych wniosków, popartych doświadczeniami, zaleconych jako leki nasenne przez Schultzego (*Münch. med. Wochs.*, 1904, 25). Neuronal jest białym krystalicznym proszkiem, topiącym się w 66—67°, rozpuszczalnym łatwo w eterze, alkoholu i oliwie, w wodzie zaś w stosunku 1: 115. Smak ma gorzki, chłodzący. Ze względu na znaczną zawartość bromu (41%) próbował Rixen (*Münchener med. Wochenschrift* 1904, 48) działania neuronalu u 80 epileptyków w zakładzie w Wuhlgarten i uważa ten lek w dawce 1,0—2,0, w cięższych przypadkach 3,0—4,0, za dobry środek w podnieceniu padaczkowem i w ponapadowych bolach głowy. Schulze podawał neuronal 43 chorym, zazwyczaj w dawce 0,5, wyjątkowo 1,0. Gorzki smak neuronalu łatwo usunąć, popijając lek wodą. Sen następował łatwo po krótkim okresie uczucia znużenia. U chorych, trapionych bolami, sen był przerywany; u 7 chorych lek wcale nie działał; z tych u 4 (bole przy nowotworach i t. d.) działała tylko morfina, z 3 innych jeden zasypiał jednak po chloralu, drugi po veronalu. Naodwrót znów działał neuronal dobrze u kilku chorych, u których nie skutkowały żadne inne leki nasenne. U 5 chorych działanie neuronalu było zmienne. Bólu — według spostrzeżeń S. — neuronal nie koi; w jednym przypadku padaczki korowej zmniejszał neuronal liczbę napadów. Działania zbiorowego S. nie zauważył; ze skutków ubocznych spostrzegał S.: u 3 chorych uczucie oszołomienia po obudzeniu się ze snu, u 1 chorego wymioty po zażyciu leku, u 1 chorej osutkę pokrzywkowatą. (*Therapie der Gegenwart*, 1905, 1). *K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 22 marca 1905 r.

Przewodniczący: kol. doc. Rutkowski. Obecnych członków 50.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wybrano jednogłośnie na członka Dra Jana Stopczańskiego.

III. Uchwalono wręczyć adres p. Stan. Wyspiańskiemu z podpisami wszystkich członków Towarzystwa.

IV. Członkom Komisyi Słownikowej uchwalono wręczyć adresy, a fotograficzne ich podobizny umieścić w czytelni Domu Towarzystwa.

V. Na członków honorowych zaproponowano: kol. Rektora Browicza i kol. prof. Nowaka.

VI. Kol. redaktor Kwaśnicki udziela rzeczowych wyjaśnień w sprawie interpelacyi kol. Eisenberga.

VII. Na wniosek kol. prof. Wachholza uchwalono, jednogłośnie wyrazić uznanie kol. prof. Nowakowi za utworzenie Komisyi referatowej, a kol. redaktorowi Kwaśnickiemu za udzielenie szczegółowej odpowiedzi w sprawie powyższej interpelacyi.

VIII. Kol. Eisenberg wygłasza zapowiedziany wykład: „Przyczynek do etyologii nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych". Jakkolwiek przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nie należą do nadzwyczajnie rzadkich, to jednak badanie etyologiczne w każdym z nich dotąd jeszcze ma pewne znaczenie, a to niętyle dyagnostyczne wobec dość charakterystycznego obrazu klinicznego, ile teoretyczne wobec niezupełnie jeszcze ustalonych poglądów na etyologię tego cierpienia. Po okresie, w którym pneumokoki niepodzielnie w niej panowały, odkrycie Weichselbauma zwróciło uwagę na swoisty drobnoustrój w postaci tak zw. meningokoka śródkomórkowego. Obecność jego w wysięku oponowym stwierdził po nim cały szereg badaczy, zarówno mikroskopowo, jak zapomocą hodowli, jednak podczas gdy jedni (Kiefer, Kister, Kiszenski, Wilms, Councilman Mal, Cory i Wright, Bassve, Herrich, Hirsch, Faber, Bonhoff, Lewkowicz, Albrecht i Ghon) zgodnie z Weichselbaumem opisują własności biologiczne i mikrochemiczne uzyskanych hodowli i stwierdzają wybitną stałość tych własności; drudzy z Jägerem na czele (Heubner, Holdheim, Müller, Urban, Kamen, Mayer, Hunermall, Grad Wohl) opisują swe hodowle, jako dość zmienne w swych własnościach i czasem dość znacznie oddalające się od typu Weichselbauma. Ostra polemika, stoczona niedawno przez Weichselbauma i jego uczniów z jednej, a Jaegera i Heubnera z drugiej strony, jeszcze ostrzej zaznaczyła różnice te poglądów, a z drugiej strony wykazała właśnie potrzebę liczniejszych a ścisłych badań z różnych stron celem stwierdzenia, który z opisów meningokoka jest uzasadniony i ma być uważany za autentyczny. Wynik badania trzech przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatniego miesiąca w szpitalu izraelickim ma właśnie stanowić przyczynek do wyłuszczonego wyżej, bardzo zajmującego pytania. Za łaskawe przekazanie tych przypadków i za dostarczenie danych, ich dotyczących, jestem bardzo zobowiązany kol. Drowi Janowi Landauowi, kierownikowi oddziału chorób dzieci w tymże szpitalu. Badałem przedewszystkiem mikroskopowo i zapomocą hodowli płyn, uzyskany z nakłucia lędźwiowego, dokonanego przez kol. Dra J. Wachtla. We wszystkich trzech przypadkach, które klinicznie przedstawiały typowy obraz chorobowy, w osadzie płynu stwierdziłem typowe zupełnie meningokoki w postaci dwoinek, bułeczkowato przypłaszczonych, o różnej wielkości i różnej intenzywności zabarwienia, stale i typowo odbarwiające się metodą Grama i Claudiusa. Zgodnie z Lewkowiczem znalazłem, że większość ciałek białych wysięku stanowiły wielojądrzaste. Co się tyczy stosunku meningokoków do ciałek, w dwóch przypadkach mogłem stwierdzić szczególne ich zachowanie się; w jednym (przyp. II gi) o przebiegu bardzo łagodnym i pomyślnem zejściu meningokoki były wyłącznie znajdowane we wnętrzu ciałek; w drugim, który przedstawiał obraz bardzo ciężki, a skończył się śmiertelnie w 3 dniu choroby, a w niespełna 8 godzin po nakłuciu, ziarniaki znajdowały się prawie wyłącznie poza komórkami. Spostrzeżenie to zdawałoby się stwierdzać teoryę Miecznikowa co do wpływu i znaczenia fagocytozy dla przebiegu i zejścia chorób zakaźnych; o ileby zaś potwierdziło się na obszerniejszym materyale, dałoby może podstawę do rokowania na zasadzie obrazu mikroskopowego. Zapomocą hodowli na płytkach agarowych, na agarze zwykłym, glicerynowym, cukrowym i na surowicy Loefflera uzyskałem we wszystkich trzech przypadkach typowe meningokoki. Typowe odbarwienie się zapomocą metody Grama, Claudiusa, niejednostajne barwienie się poszczególnych dwójek czy czwórek, nierówna ich wielkość, krótka żywotność hodowli, delikatny wzrost na agarze, minimalny na bulionie i ziemniaku, brak wzrostu w cieplocie pokojowej, mała chorobotwórczość, oto cechy, które pokazują, że mamy przed sobą typ Weichselbauma. W następnych pokoleniach

nie mogłem stwierdzić zmienności cech i powolnej ich przemiany ku typowi saprofitycznemu, jak to utrzymuje Jaeger. Hodowle, zaszczepione myszkom białym w znacznej ilości do otrzewnej (cała hodowla na surowicy), wywołują śmierć w ciągu 24 godz.; ze krwi serca, z wątroby, śledziony i skąpego wysięku otrzewnowego wyrastają czyste hodowle meningokoka. Tak tedy zestawiając te trzy przypadki ze sześcioma, opisanymi przez Lewkowicza, dochodzimy do wniosku, że i u nas przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych znachodzimy meningokoka typu Weichselbauma i musimy przyjąć wraz z Weichselbaumem i jego szkołą, że odmienne opisy Jaegera i innych autorów odnoszą się do zanieczyszczeń hodowli albo ziarniakami powietrznymi lub skórnymi, albo *M. catarrhalis* Pfeiffera. Wreszcie chciałbym jeszcze wspomnieć o badaniu śluzu nosowego, dokonanem w 1-ym przypadku; w preparacie przedstawiał on prawie czystą hodowlę ziarniaków, niczem się nie różniących od meningokoków, ułożonych w dwójki i czwórki, odbarwiających się Gramem, obok nich nieliczne grudki laseczek małych, przypominających grypowe. Hodowle uzyskane również bardzo przypominały meningokokowe, tylko większa ich bujność i żywotność, wzrost w ciepłocie pokojowej i nieco większa odporność wobec metody Grama wskazały, że mamy do czynienia z *micr. catarrhalis* Pfeiffera. Spostrzeżenie to podobnie, jak liczne a systematyczne poszukiwania Ghona i Pfeiffera, wskazuje na konieczność bardzo krytycznego odnoszenia się do meningokoków, znajdowanych w jamie nosowej przez cały szereg autorów. Trzy przypadki, wyżej omówione, nie są bynajmniej odosobnione w naszem mieście i z danych zebranych u kilku kolegów wynika, że w ostatnim miesiącu mieliśmy około 20 przypadków tej choroby, wobec czego nie jest bynajmniej wykluczonem, że miasto nasze, które ma smutny przywilej częstszych epidemii zapalenia opon, stoi znowu u początku takiej epidemii. Pora roku i rozpołożenie przypadków przypomina morderczą epidemię z r. 1893, byłoby tedy wskazanem, aby powołane czynniki zawczasu sprawą tą bliżej się zajęły.

W dyskusyi zabierali głos koll. prof. Ciechanowski, Lewkowicz i Borzęcki.

IX. Kol. Teodor Cybulski wygłasza zapowiedziany odczyt: „Przyczynek do etyologii czerwonki“. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi podkreśla kol. prof. Ciechanowski znaczenie faktu, że kol. prelegent uzyskał doświadczalnie (i to podając hodowle zarazka przez usta) u zwierząt zmiany anatomiczne, niezmiernie zbliżone do zmian, właściwych samoistnej ludzkiej dysenteryi, a dotychczas w tym stopniu i w ten sposób nie uzyskane. Aby uzyskać zmiany jeszcze znaczniejsze z głębokiemi owrzodzeniami, należałoby może próbować przedłużyć przebieg doświadczalnego zakażenia, jako też uciec się do współdziałania zarazka dysenteryi n. p. z jadowitymi paciorkowcami. — Kol. prof. Ciechanowski prosi prelegenta, by podjął w tym kierunku próby.

Kol. Eisenberg. Spostrzeżenie kol. prelegenta poza rozszerzeniem wiadomości naszych o jadzie czerwonkowym ma też w zestawieniu z badaniami licznych autorów nad znaczeniem etyologicznem bakteryi typu Flexner i nad etyologią tak zw. biegunek letnich u dzieci, znaczenie zarówno teoretyczno-patologiczne, jak praktyczno-epidemiologiczne. Prace Flexnera i jego uczniów Veddera i Duvala, Gaya i Duvala, Hastingsa, Jürgensa, Leinera i innych wskazały, że obok bakteryi typu Shiga-Kruse, bakterye blizko z niemi spokrewnione mogą wywoływać identyczny obraz chorobowy czerwonki, już to same, już to łącznie z tamtymi. Badania Howlanda, Duvala, Schorera, M. Wollsteim, Cordesa, Parka, Collinsa, Joodwin, Duvala i Basseta, Hissa i Russella znowu wskazują, że w tak zw. biegunkach letnich dzieci, t. j. w chorobie, klinicznie zbliżonej do czerwonki, od niej jednak dającej się odróżnić, występują znowu oba typy bakteryi czerwonkowych i to przeważnie bakterye typu Flexner-Manilla. Wynika stąd z jednej strony, że pewne, dość ściśle określone obrazy chorobowe mogą być wywoływane nie przez jeden gatunek bakteryi, lecz przez dwa lub więcej spokrewnionych gatunków, że tedy pokrewne te bakterye, działające na ten sam ustrój, wywołują podobny lub identyczny odczyn ze strony tego ustroju, odczyn, który klinika ujmuje jako pewien określony obraz chorobowy. Zjawisko to, spostrzegane również w grupie bakteryi durowych i rzekomo durowych, gdzie bakterye blizko spokrewnione wywołują klinicznie jednolity obraz duru brzusznego, zostało niedawno w nader ważnej i ze wszechmiar nader ciekawej pracy bliżej opisane i ujęte w formę tak zw. prawa „korrelacyi etyologicznej“ przez rodaka naszego Żupnika. Z drugiej strony spostrzeżenia te pokazują, że ten sam gatunek bakteryi może wywoływać nawet w tych samych narządach sprawy chorobowe różnego nasilenia, które czasem nawet klinika będzie musiała rozróżniać jako odrębne obrazy kliniczne. Od ciężkich postaci czerwonki poprzez lżejsze biegunki u dzieci, aż do przypadków, również opisanych, gdzie objawy kliniczne są minimalne lub żadne i gdzie tylko hodowla lub odczyn biologiczny wskazują na obecność bakteryi czerwonkowych i działanie ich na ustrój, prowadzi nieprzerwany łańcuch przejść, którego ogniwa krańcowe, choć etyologicznie do siebie przynależne, klinicznie zupełnie wybitnie od siebie się różnią. Właśnie te ostatnie przypadki, najczęściej uchodzące uwagi nietylko lekarza, higienisty, lub czasem nawet samego „pacyenta“, ze względów epidemiologii i zapobiegania chorobie nader są ważne i one to w epidemiach często stanowią ogniwa, łączące przypadki zupełnie typowe, a pozornie żadnego związku ze sobą nie okazujące; one też często dadzą powód do szerzenia się choroby, a najskuteczniejsze środki zapobiegawcze okażą się bezsilnymi, o ile kierują się tylko przeciw wypadkom klinicznie wyraźnym, a pominą te ukryte, a jednak niebezpieczne rozsadniki choroby. Spostrzeżenia uczniów Kocha nad durem brzusznym wskazują, że i w tej chorobie tacy „roznosiciele bakteryi“ (Bacillenträger) odgrywają wielką rolę, podobnie jak to niegdyś sam Koch wykazał dla cholery. Odnośnie do podniesionego przez kol. prelegenta znaczenia, jakie dla swoistego leczenia czerwonki miałoby ścisłe rozpoznanie, z którym typem ma się do czynienia w każdym poszczególnym przypadku, wskazuje kol. Eisenberg na pracę swą „O pokrewieństwie różnych typów bakteryi czerwonkowych“. (Przegląd lek. 1904). W pracy tej, wychodząc z tego samego założenia, a uwzględniając trudność szybkiego rozpoznania etyologicznego i stąd wynikające opóźnienie w działaniu leczniczem, podniósł Eisenberg myśl wytwarzania surowicy wielowartościowej przez uodparnianie równoczesne zapomocą obu typów; surowica taka mogłaby działać w każdym przypadku czerwonki laseczkowej bez względu na typ wywołujący, jak również w przypadkach, gdzie oba typy występują obok siebie. O ileby taka surowica, którą prof. Bujwid wraz z Eisenbergiem wytwarza, okazała należytą siłę i sprawność leczniczą, poruszona kwestya byłaby rozwiązaną.

Kol. Gertler: Prelegent wyróżnił otrzymany przez siebie prątek czerwonki, jako szczep Flexner-Manilla w ten sposób, że prątek okazał aglutynacyę w bardzo nizkich granicach z surowicą, otrzymaną szczepem Shigi (kol. Doc. Droby), zaś zapomocą surowicy zakładu prof. Bujwida wystąpiła aglutynacya w bardzo wysokich granicach. Ponieważ się często zdarza przy innych mikrobach, n. p. durowych, że prątek, który z początku nie daje się zaglutynować surowicą przeciwdurową, otrzymuje własności aglutynacyjne dopiero przez przeszczepienie wielokrotne z jednej pożywki na drugą, lub przez przeprowadzenie go przez ustrój zwierzęcy, kol. G. zapytuje prelegenta, czy takie doświadczenia przeprowadził otrzymanym przez siebie drobnoustrojem? Przez szereg takich doświadczeń okazaćby się mogło, że prątek szczepu Flexner-Manilla z powodu zmian środowiska mógłby się dobrze zaglutynować surowicą, otrzymaną zapomocą prątka szczepu Shigi, chociaż poprzednio tej własności nie posiadał.

Kol. Doc. Droba zaznacza, że do wywodów kol. Cybulskiego nic dodać nie może. Podobnie jak wywody i wnioski, przedstawiane w odczycie, są przejrzyste i jasne, tak badania i doświadczenia były czyste i solidne. Wprawdzie kilku autorów ogłosiło szereg przypadków, w których drogą hodowli stwierdzono w kale chorych szczep Flexnera, ale żadnemu z nich nie udało się wykazać doświadczalnie na zwierzętach, że jest on w stanie dać obraz kliniczny i anatomo-patologiczny czerwonki. Tego dokonał kol. prelegent i dlatego wyniki badań, które przedstawił, mają w badaniach etyologii czerwonki dodatnie znaczenie i stanowią jeden krok naprzód w rozświetleniu sprawy, która od czasów odkrycia Shigi i Krusego zaczęła się znowu zaciemniać.

Kol. Bier, nawiązując do uwagi kol. Eisenberga, że lekkie przypadki czerwonki, nie określone przez ludność, jako pozostające w związku z endemią, mogą być rozsadnikiem choroby, stwierdza, że zdanie to wypowiedzieli na zeszłorocznym Zjeździe Towarzystwa dla higieny publicznej, tak referenci, wyznaczeni dla kwestyi czerwonki, jak i bakteryolodzy i higieniści, zajęci tłumieniem czerwonki, tak w zachodnich, jak i wschodnich Niemczech. Jeżeli dla szybkiego i racyonalnego tłumienia cholery, duru i błonicy nie można się obecnie obejść bez badania bakteryologicznego osób, podejrzanych o lekki przebieg tych chorób, to do szeregu chorób, których tłumienie racyonalne i skuteczne zależy od współdziałania bakteryologa, zaliczyć należy jeszcze

i czerwonkę. Praktycznie rzecz tę spełniać już zaczynają zakłady higieniczne, położone na wschodniej granicy Niemiec, w Królewcu, Gdańsku, Poznaniu, Wrocławiu, posiadając specyalnych w tym celu asystentów. Pragnąćby należało, by i w kraju naszym, nawiedzanym często przez czerwonkę, władze sanitarne posługiwać się mogły w swej działalności zapobiegawczej odpowiednio urządzonymi zakładami.

Kol. prof. Bujwid. Wielka szkoda, że dotąd w Austryi nie wprowadziło Ministerstwo spraw wewnętrznych dawno zamierzonego otwarcia przy zakładach higieny osobnych gabinetów do badania chorób zakaźnych, otwartych dla lekarzy i publiczności za małą opłatą lub bezpłatnie, jak to zrobiono w Niemczech. W zakładach tych każdy łatwo może sprawdzić rozpoznanie. Nasz zakład w miarę możności wykonywa takie badania, ale do należytego funkcyonowania potrzeba osobnej umiejętnej obsługi i pomocy.

W odpowiedzi prof. Ciechanowskiemu przyznaje prelegent, że aczkolwiek zmiany w jelitach są tak charakterystyczne, jakie wyjątkowo tylko doświadczalnie udaje się otrzymać, są zmianami pierwszych okresów, co się tłómaczy gwałtownym przebiegiem, gdyż cała choroba trwała wraz z okresem wylęgania 7 do 8 dni.

Podniesiony przez kol. Eisenberga fakt, że Bassel, Hiss, Russel, Duval i inni znajdowali prątka Flexner-Manila w biegunkach letnich u dzieci, nie osłabia, zdaniem prelegenta, jego znaczenia, gdyż wiadomo, że i w przewodzie pokarmowym zdrowych ludzi można wykazać bardzo jadowite drobnoustroje (n. p. cholera), szczególnie podczas epidemii. Z drugiej strony bardzo jest możliwem, że prątki dysenteryczne w niekorzystnych dla siebie warunkach wywołują tylko zmiany nieżytowe, gdyż i w typowych przypadkach cierpienie zaczyna się objawami ostrego nieżytu kiszek. Doświadczenia, podniesionego przez kolegę Gertlera, prelegent nie przeprowadzał, gdyż chodziło mu tylko o stwierdzenie tożsamości wyhodowanego prątka. O ile prelegentowi wiadomo, znajdowano ten objaw przy paciorkowcach.

X. Z powodu spóźnionej pory odczyt kol. doc. Majewskiego został odłożony do przyszłego posiedzenia.

Pisarski, sekretarz doroczny.

VIII. Rozwój medycyny francuskiej w ubiegłych stu latach [1]).

Przyczynek do dziejów medycyny.

Skreślił

Dr. Adam Langie.

„La science ne suit pas une ligne droite dans sa marche progressive, elle revient souvent sur elle-même et tout en progressant, semble parfois rentrer en arrière et remonter vers sa source“. Flammarion.

I. Rola Francyi w ogólnym dorobku cywilizacyjnym stulecia.

Wiek XIX pozostanie na zawsze wielką epoką, bo jakiekolwiek niespodzianki przynieść mogą przyszłe stulecia, nie da się zaprzeczyć, że nigdy przedtem zdobycze ducha ludzkiego w tak szybkiem nie postępowały tempie, nigdy nauka tak szerokiem nie płynęła korytem, nigdy nie ujarzmiła tak sił przyrody dla celów ludzkości. To też w ciągu ubiegłych stu lat wiedza stwarza coraz to inne bogactwa, stara się na każdem polu oddalić od człowieka wszelkie przypadki, zastępując coraz bardziej błędy dawnej rutyny uzasadnionem postępowaniem. Zmiany, rozciągające się do wszystkich objawów życia społecznego, wyrażają się nieustannym wzrostem świadomego obejmowania coraz to większych obszarów zaspokojonych już potrzeb i niezaspokojonych jeszcze pragnień. I nie dosyć, że niemal rok każdy przynosi nowe doniosłe wynalazki, ale rozpowszechnienie ich następuje z taką szybkością, że my, dzieci tego wieku, pojąć nawet nie możemy, jak ludzkość mogła się bez nich tak długo obchodzić. Nie będzie zatem przesadą, jeżeli powiemy, że w ciągu minionych stu lat wszystkie gałęzie wiedzy ludzkiej postąpiły o wiele więcej naprzód, niż w ciągu 23 wieków ubiegłych od czasu pierwszych greckich uczonych.

Na czele zaś kroczy Francya, w której pod koniec XVIII stulecia dokonał się ów olbrzymi przewrót społeczny, zmieniający do gruntu całe życie narodów; przewrót, z którego, jako logiczne następstwo, wypływają późniejsze zdarzenia dziejowe — przewrót, którego echa i dziś jeszcze po stu latach dosłuchać się można w nowych prądach, pragnących zapewnić znośny byt i względne szczęście na ziemi każdemu bez wyjątku człowiekowi. Słusznie powiedział historyk francuski, że wiek XIX jest: *»l'héritier direct des penseurs, des philosophes et des illuminés, qui amenèrent 1789, puis 1793«.*

Medycyna, będąca jednym odłamem ogólnej kultury danego narodu, stojąca w związku z postępem wszystkich nauk ścisłych, jest zależną bezpośrednio od stopnia tej kultury, od pojęć i zapatrywań na zjawiska przyrody, od filozoficznego wreszcie rozwoju ducha narodu, — a jako nauka, wymagająca spokojnych badań i zasobnych środków do pracy, zależy też pośrednio od ukształtowania stosunków politycznych państwa, w którem ma kwitnąć lub upadać.

Kultura we Francyi różne losy przechodzi z biegiem XIX w., stosownie do wydarzeń dziejowych w kraju. Są chwile, kiedy przygłusza ją groźne echo surm bojowych, kiedy zdaje się upadać pod brzemieniem krwawego widma powtarzających się zaburzeń domowych, a jednak zawsze w końcu wypływa, i nadrabiając szybko czasowe zaniedbanie, wyprzedza dorobek innych narodów europejskich, zdobywa górujące stanowisko, aby z wysokiego piedestału rzucać jasne światło na cały świat, ogrzewać bliższych i dalszych sąsiadów, dając im obfitą karm duchową i budząc z wiekowego uśpienia.

Z początkiem XIX wieku monarchia wojskowa, stworzona wolą jednego człowieka, zamienia kraj w grzmiący hukiem dział obóz wojenny. Francya staje się wedle słów historyka: *»un immense régiment en marche à travers le monde«.* Ale po szeregu tryumfalnych pochodów tych zbrojnych zastępów, przed którymi „postrach szedł na mil tysiące i miast tysięcznych otwierał zawory“, a za którymi „dął nieprzeparty wichrowy huragan potęg zwycięskich i krzyczał: *victoria! victoria!*«, przychodzi klęska ze wszystkiemi następstwami. Kraj i naród opuszcza swe bożyszcze, strącone w szeregi zwykłych śmiertelników; lud wyniszczony długiemi latami ciągłych wojen, pragnie spoczynku, żąda pokoju. Cesarstwo, do niedawna otoczone blaskiem niemal nadprzyrodzonego uroku, znika w jednej chwili, gdy bitwa narodów pod Lipskiem i Waterloo dowiodła, że wielki bóg wojny przestał być niezwyciężonym. Stary ród królewski powraca do stolicy, uważając ją za wyłączną swą własność, a potomkowie jego nie liczą się ani ze zmianą, dokonaną w umysłach przez 25 lat ich nieobecności, ani z tymi nowymi ludźmi, którzy zdobyli Francyi nieśmiertelną sławę. Więc też nie długo już mogą się ostać przedstawiciele starych pojęć, bo chociaż Ludwik XVIII umiera na tronie, to nie doczekał tego żaden jego następca. Mimo pozorów władzy monarchicznej, właściwym panującym jest ciągle jeszcze rewolucya. To ona obala Karola X., to ona rodzi zamachy i pozbawia władzy Ludwika Filipa, to ona wreszcie wywraca drugie cesarstwo i stwarza trzecią Republikę. *„La liberté, c'est le cri du siècle«.*

W drugiej połowie XIX wieku nastaje we Francyi nowy zwrot polityczny. Lud, znużony wewnętrznymi przewrotami, upatruje w księciu Ludwiku Napoleonie monarchicznego obrońcę swobód demokratycznych, więc w głosowaniu dnia 21 i 22 listopada 1852 roku przywraca blisko 8 milionami głosów cesarstwo, tworząc nowy rząd, któryby, czerpiąc siły z władzy ludu i przed nim odpowiedzialny, przywrócił Francyi blask dawnej potęgi i wywiódł znów na te wyżyny, na jakich postawił ją geniusz pierwszego cesarza. Napoleon III, mimo wojen, jakie prowadził, był raczej człowiekiem pokoju, przeznaczonym więcej do pracowni myśliciela, niż do kroczenia na czele zbrojnych hufców śladami swego wielkiego stryja. Więc też za jego rządów Francya pod względem duchowym znów staje na przedzie narodów, bogactwo jej materyalne i dorobek kulturalny rosną, Paryż zdobywa naczelne stanowisko pośród stolic Europy. W mieście tem, nazywanem teraz *»Ville Lumière«*, kipiącem, co prawda, życiem, zabawą i rozpustą, kwitnie jednak bujnie prawdziwie głęboka nauka. Straszny cios, zadany Francyi pod Sedanem 2 września 1870 roku, sprowadza chwilową ruinę, z której jednak kraj ten, pełen sił żywotnych, dźwiga się nad podziw szybko i znów dzierży pierwsze miejsce, a stolica trzeciej Republiki staje się na nowo stolicą umysłowego i naukowego świata, któremu przewodniczy tak świetnie, jak gdyby pragnęła wedle słów Carteret'a: *»réparer sur bien des points les injustices et les oublis des générations antérieures«.*

2. Postępy na polu nauk ścisłych.

Wielka Rewolucya wywołała ogromny zwrot w kierunkach i nastroju. Odbija się to zarówno w sztukach pięknych; literaturze

[1]) Wyjątek z większej pracy, przygotowanej do druku p. t.: »Historya medycyny w XIX wieku« (*przyp. autora*).

i naukach. Ckliwa poezya okresu rokoko milknie wobec dźwięków brukowej pieśni *»Ça ira«*, i płomiennych strof „Marsylianki“. Fantazya poetycka, odurzona szczękiem oręża i hukiem dział, szuka wawrzynów raczej w czynach, niż słowach, a jeżeli zrywa się do lotu, to po to, by opiewać krwawe epizody z pola walk, upajać się zachwytem dla rewolucyi, która przyniosła wolność, lub smagać gryzącą satyrą, jak Beranger, reakcyjne zapędy Restauracyi.

Za to nauki ścisłe, które jedynie z pośród wszystkich umiejętności cenił wielki cesarz, już w tym okresie zaczynają święcić swe tryumfy: więc też epoka napoleońska i następna bezpośrednia po jego upadku, szczyci się imionami uczonych wielkiej zasłużonej sławy. Prace znakomitych przyrodników, jak: Jussieu, który sztuczny układ Lineusza zastępuje naturalnym: Bonplan, towarzysz Humboldta, odkrywający 6000 nowych gatunków roślin; Candolle i Lamarck wznoszą podwaliny, z których rychło skorzystać ma sztuka lekarska, niemniej jak z prac anatomicznych Jerzego Cuviera lub doświadczeń nad polaryzacyą światła Dominika Franciszka Arago. Epokowe znaczenie mają badania Józefa Gay-Lussac'a nad własnościami gazów, alkaliów, jodu i chloru, oparte na niespożytych zasługach położonych w zakresie chemii przez poprzednika jego Lavoisier'a, który w roku 1794 pada ofiarą Rewolucyi. Wszystkie te prace przygotowują grunt do wielkiego rozwoju nauk ścisłych, które w 4-tym i 5-tym dziesiątku stulecia zajmują dominujące stanowisko i rugując upodobanie do spekulatywnej filozofii, dochodzą w drodze ścisłego spostrzegania faktów do uogólnienia praw, kierujących zjawiskami przyrody.

Historya umiejętności ścisłych we Francyi nie da się rozdzielić w tym okresie, wkraczającym już nawet w drugą połowę stulecia, od rozwoju tychże nauk w innych krajach, bo wyniki doświadczeń wielkich uczonych są międzynarodowe, łączą się i uzupełniają wzajemnie.

Nie bez wpływu zatem na badaczy francuskich pozostają prace Aleksandra Humboldta, obdarzonego zdumiewającym darem spostrzegawczym, mistrza ścisłych badań i klasycznego popularyzatora nauk przyrodniczych. Anglik Humphrey Davy odkrywa chemiczne działanie prądu elektrycznego, a Faraday ujmuje zjawiska te w ścisłe prawa. Następuje dalej odkrycie termoelektryczności przez niemieckiego uczonego Seebecka, zjawisk indukcyi przez duńczyka Örsteda, analizy spektralnej w r. 1860 przez Bunsena i Kirchhoffa: prace Ampere'a, Biota, Brewstera i Fraunhofera, wreszcie Fresnela, którego teorya ruchu falistego światła opiera na nowych zasadach naukę optyki. Mechaniczną teoryę ciepła głoszą równocześnie anglik Joule i słynny fizyk niemiecki Helmholtz. Niepce i Daguerre wynajdują fotografię, Liebig bada chemię organiczną i wartość środków spożywczych dla organizmu, a Robert Mayer, lekarz w Tybindze, wypowiada słynną zasadę niezniszczalności energii.

Widzimy więc, jak w krótkim czasie, bo obejmującym zaledwie połowę XIX wieku, coraz dokładniejszemi stają się spostrzeżenia, oparte na ścisłej naukowej metodzie, jak coraz bardziej wyłania się z nich wniosek, że wszystkie twory przyrody i niezliczone ich odmiany są wynikiem powszechnego procesu rozwojowego. Wyżej już przytoczony francuski uczony Lamarck dowodzi w dziele swem „Filozofia zoologiczna“, że tak rośliny, jak i zwierzęta rozwijały się z biegiem czasu z postaci mniej złożonych. To samo wypowiada w swej „Filozofii anatomicznej Saint-Hilaire, a badanie komórki roślinnej i zwierzęcej nowe rzuca światło na rozwój istot organicznych. Poglądy wyrażone w pracy Lamarck'a zaczyna kontrolować mozolnemi doświadczeniami Karol Robert Darwin; długie lata zbiera materyały i pracuje nad powyższem zagadnieniem, aż wreszcie w roku 1859 wydaje słynne dzieło „O powstawaniu gatunków“.

Praktyczne owoce wszystkich tych postępów na polu nauk ścisłych nie dają długo na siebie czekać. Technika osięga niebywałe dotąd wyżyny, elektryczność i para stają się powolnemi sługami człowieka. W 3-cim i 4-tym dziesiątku stulecia Europa pokrywa się siecią kolei żelaznych. Od roku 1807, kiedy to Fulton zbudował pierwszy statek parowy, Anglia i Ameryka zaprowadza w ciągu lat kilkunastu żeglugę parową, która, zwłaszcza po wynalezieniu śruby okrętowej przez czecha Józefa Ressela i zastosowaniu wynalazku tego przez anglika Smith'a, wypiera na wielkich liniach morskich niemal w zupełności dawne okręty żaglowe. Siłę elektryczną stosują Wheatstone, Siemens, Steinheil i Morse do zbudowania telegrafu, a wreszcie Jacobi do ruchu i oświetlenia. Fabrakacya przeróżnych machin, zastosowanych do celów praktycznych i naukowych, zyskuje ogromnie przez użycie siły pary, a przemysł żelazny wzrasta z nadzwyczajną szybkością, nadając wybitne piętno stuleciu, które nie bez słuszności, nazywamy „wiekiem stali i żelaza“.

3. Ogólne fazy rozwoju nauk lekarskich.

Olbrzymi, szybki wzrost nauk przyrodniczych i rozwój metod ścisłego badania odbija się przedewszystkiem na medycynie, a odbija w znaczeniu dodatniem, gdyż z okresu niemowlęctwa, w jakiem pozostawała przez długi szereg stuleci, dźwiga ją i stawia w rzędzie poważnych umiejętności. Pod wpływem prac uczonych przyrodników i za przykładem innych nauk ścisłych medycyna odrzuca raz na zawsze zapleśniałe formułki, wysnute z teoretycznych rozumowań przy zielonym stoliku i zaczyna posługiwać się wyłącznie metodą doświadczalną, rozwiązując zapomocą niej najważniejsze zagadnienia biologiczne, dotyczące zdrowego ustroju i rzucające nowe światło na objawy patologiczne chorego.

Badania te, prowadzone umiejętnie przez niepoślednich uczonych, nagromadzają wkrótce tyle materyału, że siłą rzeczy powstają trzy zasadnicze działy, na których opierając się sztuka lekarska, robi olbrzymi krok naprzód i staje się prawdziwą nauką przyrodniczą. Fizyologia doświadczalna odsłania tajemnice żyjącego, rosnącego i rozwijającego się ustroju; dyagnostyka kliniczna, oparta na ścisłych badaniach anatomo-patologicznych, ułatwia rokowanie i leczenie, a patologia doświadczalna tłómaczy każdy objaw chorobowy w sposób, dający się kontrolować w pracowniach poza salą szpitalną. I jeżeli ujęcie dyagnostyki lekarskiej w ścisłe prawidła zawdzięczamy szkole wiedeńskiej, to stworzenie fizyologii doświadczalnej jest bezsprzecznie niemal wyłączną zasługą szkoły francuskiej, która też w dziale anatomii patologicznej i patologii ogólnej niemało przyczyniła się do ich rozwoju.

Dalszem następstwem zwrotu dokonanego w medycynie jest powstanie w drugiej połowie XIX wieku całych nowych gałęzi nauk pomocniczych, jak histologia i bakteryologia; jest dalej rozrost poszczególnych działów samej sztuki lekarskiej w samoistne specyalności, jak: chirurgia, okulistyka, laryngologia, syfilidologia i t. d., które obejmują coraz szersze pole, coraz większy zakres wiadomości tak, że w końcu staje się niemal niemożliwem jednemu lekarzowi opanować je wszystkie gruntownie. Stąd potrzeba nowych pracowni dla każdej specyalności do prowadzenia dalszych badań, stąd powstanie osobnych katedr i szereg lekarzy specyalistów, poświęcających się wyłącznie jednej, wybranej i umiłowanej gałęzi medycyny.

Zanim w dalszym ciągu przejdziemy poszczególne działy medycyny, aby wykazać rozwój ich we Francyi w ciągu ubiegłego stulecia, rzućmy jeszcze raz okiem na całość obrazu, szkicując choć pobieżnie pojedyncze fazy, jakie sztuka lekarska w kraju tym przechodziła.

Podczas gdy w roku 1789 medycyna trzyma się jeszcze starych pedantycznych reguł, wyśmiewanych tak genialnie przez Moliera, gdy lekarz w peruce, której już nikt nie nosi, jest typem trącącym myszką, to z Rewolucyą otrząsa się ona z odwiecznych przesądów i staje po stronie nowych haseł. I ów lekarz, nie mający ni miru, ni znaczenia w społeczeństwie, zdobywa sobie powoli z biegiem czasu uznanie jako człowiek nauki, bierze udział w życiu publicznem, staje się stróżem zdrowia prywatnego i publicznego, a z radami jego zaczyna się liczyć ogół i państwo. Wiedza lekarska wzrasta i postępuje ciągle, chociaż nie brak jej jeszcze chwilowych wahań i upadków.

Lekarze, szanowani szczególniej przez Napoleona I, dodają już wiele blasku sztuce lekarskiej w epoce pierwszego cesarstwa. Z epoki tej notuje historya przedewszystkiem imiona zręcznych chirurgów, którzy na polach bitew, towarzysząc „wielkiej armii“, zdumiewają pewnością ręki i zadziwiają szybkością w dokonywaniu operacyi bez nieznanego jeszcze wówczas znieczulania. Mimo tego między rokiem 1814 a 1848 następuje chwilowy upadek. W czasie bowiem monarchii lipcowej nastaje okres różnych samozwańczych „specyalistów“ i szarlataneryi lekarskiej. Mnożą się lekarze, głoszący różne „cudowne środki“, robiący wiele hałasu, zarzucający publiczność mnóstwem ogłoszeń o środkach leczniczych. Liczą oni głównie na łatwowierność ludzką, stwarzając nowe jakoby rodzaje medycyny, jak: medycyna naturalna, medycyna fizyczna, dynamiczna, elektro-fizyko-chemiczna i t. p. Ogłaszają setkami bezpłatne porady po to tylko, aby zapisać jakiś „niezawodny“ środek, który naiwny pacyent kupuje we wskazanej aptece, płacąc o tyle drożej, ile wynosi honoraryum lekarza, będącego w zmowie z aptekarzem. Leki te w postaci różnych eliksyrów, cudownych kropli lub pigułek, noszą nazwy: *»trésor de santé«*, *»merveilleux«*, *»immortels«* i t. d., a prócz lekarza i aptekarza nikt nie zna ich składu i działania. Więc też rychło cała blaga wychodzi na jaw, publiczność traci zaufanie do medycyny, a szacunek dla lekarzy, czego wyrazem są choćby coraz częściej pojawiające się na scenie

teatrów paryskich farsy, jak np.: »*Médecin des dames*«, »*Le médecin des eaux*«, w których lekarze przedstawieni są jako nieuki, spekulujący na kieszeń chorych.

Ale wkrótce następuje okres naukowy: szarlatani i niedouczeni blagierzy muszą siłą konieczności ustąpić miejsca prawdziwym lekarzom, a chwilowo przyćmiony blask przywracają nauce lekarskiej imiona wielkich, na cały świat słynnych, uczonych. A wtedy urok nauki, urok wielkich wynalazków przejmuje znów i pociąga ogół. Wykłady znakomitych profesorów stają się przedmiotem rozmów w towarzystwie, są streszczane w prasie codziennej, mężowie stanu i wielcy dygnitarze zaczynają zaglądać do cichych pracowni i sal klinicznych, gdzie odbywają się zadziwiające swą śmiałością operacye, lub zdumiewające naukowe doświadczenia. W „Salonie“ artystycznym paryskim mnożą się obrazy pędzla znakomitych mistrzów, przedstawiające sceny ze szpitali i klinik, medycyna dostarcza znów wątku autorom dramatycznym, lecz tym razem już do przedstawienia dobrodziejstw, jakie prawdziwa nauka świadczy cierpiącej ludzkości. Dość powiedzieć, że n. p. w sztuce »*La Bucheronne*«, cieszącej się ogromnem powodzeniem, wprowadza autor na scenę z całą dokładnością zabieg przetoczenia (transfuzyi) krwi według metody Roussela. W słynnem zaś paryskiem muzeum »*Carnavalet*« oglądać można duży obraz, przedstawiający Dupuytrena w chwili, gdy objaśnia Karolowi X i całej świcie jego nowy sposób operowania zaćmy zapomocą wyjęcia soczewki; oraz drugi obraz przypisywany malarzowi Taunay, ilustrujący wykład kliniczny profesora Dubois. W „Salonie“ z r. 1887 wystawia słynny malarz André Brouillet obraz z kliniki Charcota w Salpetrière, którego treścią jest przedstawienie przez uczonego profesora chorej, dotkniętej stanem kataleptycznym słuchaczom, między którymi widać wiele wybitnych osobistości, jak Jules Claretie i senator Cornil. W „Salonie“ znów 1890 r. zwraca powszechną uwagę obraz znanego malarza Moreau de Tours pod tytułem »*Fascinés de la Charité*«, przedstawiający doświadczenia hipnotyczne Dra Luys.

W połowie wieku wtargnęła do Francyi homeopatya niemca Hahnemanna, która jednak nie zdołała zjednać sobie zwolenników między lekarzami, a wśród publiczności nie wzbudza wielkiego zaufania na dłużej. Uważają ją za szarlataneryę i wyśmiewają w powodzi satyr, piosnek i karykatur. Dosadnie charakteryzuje to następujący ustęp, oklaskiwany przez publiczność paryską, w sztuce Viennet'a pod tytułem »*Les Serments*«, grywanej w komedyi francuskiej w 1839 roku;

Et quelle est la nouvelle folie?
S'occupe-t-on encore de l'homéopatie?
Va-t-on s'imaginer dans l'art de Galien,
Que par l'excès du mal on opère le bien:
Que par le choléra la colique se traite;
Et qu'une fièvre chaude emporte un mal de tête?

Wreszcie nastaje okres najnowszy, okres jadów chorobotwórczych. Początek dało w Anglii wiekopomne odkrycie Edwarda Jennera (żył od 1749—1823), ale właściwy zwrot w tym kierunku nadają medycynie nowoczesnej dopiero genialne badania Pasteura, które stwarzają nowy dział wiedzy lekarskiej. Zmieniają one do gruntu zapatrywania na przyczyny chorób, równie jak na metody lecznicze. Gdy terapia roku 1800 polegała głównie na puszczaniu krwi, lekach napotnych i przeczyszczających, to medycyna z końca XIX wieku wprowadza w miejsce środków osłabiających ustrój — wzmacniające; w miejsce leczenia na ślepo bez dokładnej znajomości przyczyn chorobotwórczych — walkę z mikrobami i wzrost sposobów zapobiegawczych, z których wyłania się nowa jej gałęź, rosnąca niemal z dnia na dzień: higiena publiczna i prywatna. A zwrot ten w sztuce lekarskiej przepowiedział proroczo jeszcze w 1811 roku, Leconteux, mówiąc, że wiek XIX będzie w medycynie wiekiem szczepień »*le siècle des vaccins*«.

4. Patologia i anatomia patologiczna, medycyna wewnętrzna i terapia, farmakologia i balneologia.

Pod koniec XVIII wieku i na początku XIX spotykamy we Francyi przedewszystkiem trzech ludzi, którzy oswobodzili medycynę z mglistych osłonek metafizycznych, a zakładając pierwsze podwaliny do przyszłego jej rozwoju jako nauki ścisłej, opartej na całkiem nowych zasadach, zasługują bezsprzecznie na miano reformatorów. Nazwiska ich: Pinel, Bichat i Laënnec.

Filip Pinel, urodzony 1745 r. w St.-André, z początku uczęszczał na teologię i dopiero w 30-tym roku życia poświęcił się naukom lekarskim, które odbywa w Tuluzie i Montpellier. Następnie udaje się do Paryża, gdzie pod wrażeniem tragicznego wypadku, jakiemu uległ jeden z jego przyjaciół chory umysłowo, poświęcił się głównie psychiatryi i położył niezmierne zasługi społeczne około poprawy doli obłąkanych, o czem jednak pomówimy później, przedstawiając postępy psychiatryi francuskiej. W r. 1792 zostaje naczelnym lekarzem szpitala dla umysłowo chorych w Bicêtre, później szpitala Salpetrière, a wreszcie profesorem patologii w paryskiej szkole lekarskiej. Umarł w Paryżu 1826 r.

Z punktu widzenia naukowego jest jednym z pierwszych, którzy zrywają w medycynie z systemem oderwanym swych poprzedników, z teoryami, których nie popierało ani naukowe badanie przyczyn, ani wniknięcie w istotę choroby. Jest pierwszym, który z całą stanowczością oświadcza się za metodą analityczną badań patologicznych, który opiera się w leczeniu i rozpoznawaniu chorób na ścisłym obrazie klinicznym. W roku 1789 wydaje dzieło: »*Nosographie philosophique ou la methode de l'analysie appliquée à la médecine*«, porządkując w niem wszystkie choroby według objawów klinicznych.

Zapatrywania jego na istotę chorób są następujące: każdą chorobę należy rozłożyć najpierw na objawy, a te odnieść do zmian patologicznych w poszczególnych częściach narządów. A ponieważ części te składają się z jeszcze mniejszych pierwiastków, przeto trzeba śledzić za zmianami w tych ostatnich. Widzimy więc, że Pinel usiłuje dotrzeć do zmian anatomicznych w tkankach i zmianami temi tłomaczyć objawy kliniczne. Dlatego też rozróżnia on w dziele swem zapalenia miąższu narządów, błon śluzowych, błon surowiczych, mięśni, skóry i t. d.

Myśl tę rozwija jeszcze lepiej i metodę analityczną uzupełnia Franciszek Ksawery Bichat, urodzony 1771 w Thoirette. Studyuje medycynę w Montpellier i Lyonie, później w Paryżu. W roku 1797 udziela prywatnych kursów anatomii i fizyologii, w roku 1800 zostaje lekarzem Hôtel-Dieu w Paryżu, gdzie niestety umiera zbyt młodo 1802 roku, niewiadomo na suchoty, czy na dur.

Opierając się na dokładnej znajomości różnych gałęzi współczesnej medycyny, na wynikach licznych bardzo sekcyi, które wykonywa z zapałem, lecz ze szkodą dla własnego zdrowia, na badaniach budowy narządów i ich czynności, wskazuje jeszcze dokładniej, niż Pinel, gdzie szukać podstawy chorób, kładąc podwaliny dzisiejszej histologii patologicznej. Wygłasza on zasadę: ta sama tkanka, wchodząca w skład jakiegokolwiek narządu, ma te same własności i tym samym podlega zmianom anatomicznym w razie schorzenia: Wnioskuje zatem, że choroby tkanek jednakich muszą być jednakowe, czy to będzie tkanka składowa płuc, serca, czy innego narządu.

Najważniejszą jego pracą jest dzieło: »*Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la medecine*« (Paryż, 1801), oraz »*Traité des membranes en général et des diverses membranes en particulier*« (Paryż, 1800). Pracom tym zawdzięcza anatomia patologiczna początki tego znaczenia w medycynie, jakie zdobyła sobie z biegiem czasu. Poza tem jednak hołduje on jeszcze teoryom „witalistów“ [2]), co przebija głównie w słynnem jego dziele: »*Recherches physiologiques sur la vie et la mort*« (Paryż, 1800). Mimo tego jednak, że nie zdołał otrząść się całkowicie z tej doktryny, wszechwładnej w medycynie XVIII wieku, niezaprzeczalną zasługą Bichata pozostanie wyraźne wskazanie na związek objawów patologicznych ze zmianami anatomicznemi, odsłonięcie nowych widnokręgów pod tym względem i pobudzenie do dalszych badań, z których urósł dzisiejszy wspaniały gmach anatomii patologicznej i patologii ogólnej. Można więc śmiało nazwać go jednym z najwybitniejszych reformatorów medycyny i jednym z twórców jej w pojęciu nowoczesnem.

René Teofil Hyacent Laënnec urodził się 1781 roku w Quimper: nauki medyczne pobierał w Nantes, potem w Paryżu pod Corvisartem, gdzie też w 1816 roku został naczelnym lekarzem szpitala Neckera. W roku 1823 mianowany profesorem w *Collège de France*, a w rok później profesorem kliniki lekarskiej paryskiej. Umarł 1826 roku w Kerlonarnec (departament Finistère).

Jemu zawdzięcza medycyna wewnętrzna wynalazek stetoskopu, który umożliwił dokładne badanie narządów klatki piersiowej i wprowadzenie nowej metody osłuchiwania w badaniu fizykalnem chorób

[2]) Witalistami nazywano zwolenników teoryi, wprowadzonej do medycyny w pierwszej połowie XVIII w. przez uczniów szkoły w Montpellier: Franciszka Sauvage i Teofila Bordeu, polegającej na przyjęciu właściwej siły w ustroju, „*vis vitalis*“, która wywołuje wszelkie objawy życiowe. Teorya ta panuje do początków XIX wieku i stanowi w medycynie okres przejściowy od dawnych średniowiecznych zapatrywań do późniejszych nowoczesnych. (*Przypisek autora*).

wewnętrznych. Wyniki swych doświadczeń zebrał Laënnec w *»Traité de l'auscultation médiate«* (Paryż, 1819)

Uzupełnienie metody fizykalnego badania klinicznego przypisać musimy innemu jeszcze głośnemu lekarzowi francuskiemu, który przez wydobycie z pyłu zapomnienia dzieła Auenbruggera [3]) pod tytułem: *»Inventum novum«*, opisującego sposoby opukiwania klatki piersiowej, wprowadza na nowo i ustala w medycynie metodę, popychającą ogromnie naprzód rozpoznawanie kliniczne chorób serca i płuc i podającą wraz z osłuchiwaniem interniście niczem do dziś nie zastąpiony środek rozpoznawczy.

Lekarzem tym jest Jan Mikołaj Corvisart des Marest, urodzony 1755 roku. Imię jego jako wybitnego lekarza przeszło nietylko do historyi medycyny, lecz pozostało nieśmiertelnem w dziejach powszechnych, jako ulubionego przybocznego lekarza Napoleona I, któremu towarzyszył w tryumfalnym pochodzie wzdłuż Europy. Umarł 1821 roku, a dzieło jego, które ugruntowało właściwie metodę opukiwania Auenbruggera, nosi tytuł: *»Nouvelle méthode pour reconnaitre les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité* (Paryż, 1808).

Wkrótce po nich zjawia się inny lekarz, który w medycynie, — jak się wyraził Bouchut, — *»fit autant de bruit qu'un homme puisse en faire dans sa vie«*, a jednak teorya jego po dwudziestoletniem owładnięciu umysłów poszła w zapomnienie i dziś ma już tylko znaczenie historyczne.

Był to Franciszek Józef Wiktor Broussais, urodzony 1772 roku w Saint-Malo. Studya ukończył w Paryżu, poczem jako lekarz wojskowy został 1820 roku profesorem w paryskim szpitalu Val-de-Grâce, a w 1830 roku profesorem ogólnej patologii i terapii na wydziale lekarskim w Paryżu. Umarł 1838 roku w posiadłości swej Vitry.

Usiłuje on zreformować dotychczasowe pojęcia lekarskie przez swoją teoryę o zapaleniu, którą rozwija w dwóch głównych dziełach: *»Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques«* (Paryż, 1808) i *»Examen de la doctrine médicale généralement adoptée«* (Paryż, 1816). Teorya jego nazwana *»le Broussaisme«*, polega po części na poglądach witalistów, ale z pewną różnicą. Jakkolwiek bowiem uznaje Broussais istnienie osobliwej siły żywotnej, nadającej ustrojowi pewne właściwości fizyczne i chemiczne, to jednak wypowiada zdanie, że różne bodźce zewnętrzne, jak np. ciepło lub zimno, działają na tę siłę, pobudzając ją do czynności. Dopóki bodźce te nie przekroczą pewnej granicy w tę lub ową stronę, dopóty ustrój żyje i działa (funkcyonuje) prawidłowo; z chwilą, gdy bodziec zewnętrzny zadziała ilościowo gwałtowniej lub słabiej, następuje choroba, nawet śmierć. Każda więc choroba wywołana jest zadrażnieniem tkanek (*l'irritation des tissus*), czego bezpośredniem następstwem jest większy napływ krwi do naczyń, wywołujący upośledzenie odżywiania i zapalenie (*l'inflammation*). Wszystkie więc choroby sprowadzić się dadzą do ostatecznej przyczyny: zapalenia; *»c'est par une inflammation, qui détruit, plus ou moins vite, un ou plusieurs des viscères essentiels à la vie, que le plus grand nombre des hommes périt«*. Towarzyszące zaś różnym chorobom rozmaite objawy należy sobie tak tłómaczyć: Zadrażnienie miejscowe, skutkiem którego powstają zmiany w pewnej części ciała, oddziaływa sympatycznie na inne części tak, że przez rozpromienianie się drogą nerwów tego zadrażnienia powstaje schorzenie ogólne. Wpływ tej „iradyacyi" sięga tem dalej, im silniejszem było miejscowe zadrażnienie. Głównym punktem wyjścia wszystkich chorób jest błona śluzowa żołądka i sąsiedniego jelita, najbardziej czuła na bodźce szkodliwe, czyli że niemal każda choroba da się sprowadzić do *»gastroenteritis«*. Nawet wysypki zakaźne: odra, płonica i t. p. są objawami oddziaływania spółczulnego na skórę ze strony zadrażnionego pierwotnie przewodu pokarmowego. Gorączka, towarzysząca tylu chorobom, jest też następstwem działania tegoż zadrażnienia na serce. Co do innych chorób, rozwijających się bez zmian organicznych, określonych nazwą *»fièvres essentielles«*, twierdzi Broussais, że i te mają podstawę zawsze w jakichś zmianach anatomicznych, ale nie dających się spostrzegać.

Na tę jedyną przyczynę chorób jest według Broussaisgo jedno tylko lekarstwo *»la méthode antiphlogistique«*, a polega na bardzo energicznych upustach krwi, ogólnych i miejscowych, stawianiu pijawek, głównie na okolicę podbrzusza, stosowaniu zimna i podawaniu kwasów na wewnątrz. W puszczaniu krwi popadł Broussais w prawdziwą przesadę, jeżeli w ciągu jednego tylko roku 1819 zastosowano na oddziale jego 100 tysięcy (*sic*) upustów krwi. I jakkolwiek wyniki tego rodzaju szablonowej, jednostronnej terapii były oczywiście złe, to jednak teorya jego dominowała w medycynie nietylko francuskiej przez lat blisko dwadzieścia. Ale już za życia Broussaisgo powstaje przeciwko niej silny opór, liczba przeciwników, nazywających metodę jego wprost „wampiryzmem", rośnie stale tak, że wśród gwałtownej polemiki upada ona bezpowrotnie, pozostawiając jedynie ślad w dziejach medycyny francuskiej, na dowód, do jakich ostateczności doprowadzić może zaślepienie w jednej, nie kontrolowanej krytycznie, błędnej doktrynie. Słusznie powiedział wielki poeta niemiecki w swoich „Listach filozoficznych": „Rzadko kiedy dochodzimy inaczej do prawdy, jak przez ostateczności; musimy błąd wyczerpać, zanim spokojna mądrość stanie się dla nas celem". Poza tem nie można odmówić pracom Broussaisgo dużego znaczenia w rozwoju anatomii patologicznej.

Do obalenia „broussaizmu" i ugruntowania nowoczesnej patologii przyczyniają się prace badaczy, idących śladem Bichata, które przekształcają coraz bardziej sposoby klinicznego rozpoznawania chorób i leczenia. Do najwybitniejszych autorów należą:

Leon Jan Baptysta Cruveilhier (1791—1874), od roku 1835 profesor anatomii patologicznej w Paryżu. Ogłasza: *»Essai sur l'anatomie pathologique générale* (1816)«, *»Médecine pratique éclairée par l'anatomie et la physiologie pathologique«* (1821), *»Anatomie pathologique du corps humain«* (1829—1842) i wreszcie: *»Traité d'anatomie pathologique générale«* (1849—1864).

August Franciszek Chomel (1788—1858), autor: *»Eléments de pathologie générale* (1817).

Gabryel Andral (1797—1876), który pierwszy robi badania nad składem krwi w różnych chorobach, a ogłasza: *»Precis de l'anatomie pathologique«*.

Paweł Brétonneau (1771—1862), głośny przez studya swe nad błonicą.

Piotr Karol Aleksander Louis (1787—1876) robi badania nad durem, a pierwszy zwraca też uwagę na znaczenie statystyki dla medycyny klinicznej.

Prócz nich zasługują jeszcze na wzmiankę: Gaspard Wawrzyniec Bayle (1774—1816), Leon Rostan (1790—1866) i Piotr Adolf Piorry, wynalazca plesimetru.

Z rozwojem tych nauk, podstawowych dla lekarza praktycznego, postępuje też ciągle medycyna wewnętrzna. Wśród wielu klinicystów, których imiona zapisała historya medycyny francuskiej, trzeba się ograniczyć do wymienienia najgłośniejszych. Tymi są:

Eljasz Gintrac (1791—1877), autor 9- tomowego dzieła *»Cours théorique et clinique de pathologie interne«* (Paryż, 1853 do 1872).

Armand Trousseau (1801—1862), znakomity dyagnostyk i jeden z najsłynniejszych klinicystów nowoczesnych. Głównem jego dziełem jest *»Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu«*.

Jan Baptysta Barth (1806—1877), autor *»Traité pratique de l'auscultation«* (1841).

Franciszek Ludwik Izydor Valleix (1807—1855 w Tuluzie) autor *»Guide de medecin praticien«*.

August Grisolle (1811—1869), autor bardzo cenionego wielokrotnie wydawanego dzieła *»Traité élémentaire et pratique de pathologie interne«*.

Ernest Karol Lasègue (1816—1883), redaktor *»Archives générales de médecine«*, w którem to piśmie ogłosił mnóstwo prac z różnych działów medycyny wewnętrznej.

Germain Sée (1818—1896), od roku 1869 profesor medycyny wewnętrznej w Charité, a od 1876 roku w Hôtel-Dieu, jeden z najwybitniejszych klinicystów, który prócz wydania wielu dzieł i podręczników, był pierwszym we Francyi, co zastosował na większą skalę badania chemiczne i drobnowidowe, jako środki pomocnicze w rozpoznawaniu chorób.

Juliusz Rochard (1819—1896), głośny publicysta rozpraw lekarskich; pracuje głównie i ogłasza dzieła, dotyczące chorób epidemicznych.

Michał Peter (1824—1893), profesor patologii w Paryżu, głośny przeciwnik bakteryologii.

Piotr Karol Potain, urodzony 1825 roku, wynalazca przyrządu do torakocentezy.

Jan Antoni Villemin (1827—1892), głośny z prac nad gruźlicą; wykazał pierwszy zaraźliwość tej choroby. Dzieło jego *»Etudes sur la tuberculose«* znalazło wielkie uznanie w świecie lekarskim i dało pochop do badań doświadczalnych na zwierzętach, które podjęli w Niemczech: Cohnheim, Ponfick i Weigert.

[3]) Józef Leopold Auenbrugger (1722—1809), lekarz wiedeński, wydał w 1761 roku po łacinie dzieło: *„Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi"*, które jednak nie znalazło na razie uznania i wkrótce poszło w niepamięć (*Przypisek autora*).

Grzegorz Oktawiusz Dujardin-Beaumetz (1833 do 1895), lekarz szpitala St.-Antoine, później Hôpital-Cochin, autor prac przeważnie z zakresu chorób nerwowych.

Konstanty Paul (1833—1896), znakomity paryski klinicysta, autor podręcznika dyagnostyki chorób serca.

O innych głośnych lekarzach i wybitnych autorach pomówimy w rozdziale o specyalistach. (C. d. n.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* *Czytamy w „Gazecie lekarskiej“ (Nr. 15):*

„Wobec grożących nam epidemii ze Wschodu (cholery) i z Zachodu (nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), dla których rozwoju głód i nędza — tak rozwielmożnione w kraju naszym — wytwarzają najodpowiedniejsze podłoże, nieodzownem jest wspólne porozumienie się lekarzy z Królestwa w celu omówienia środków zapobiegawczych i metody racyonalnego postępowania. Jedynym sposobem skutecznego załatwienia tej naglącej a ważnej sprawy byłoby zwołanie wiecu lekarzy w Warszawie w jaknajkrótszym czasie. Towarzystwo higieniczne tutejsze z założenia swego powinno ująć tę sprawę w swe ręce. Nie wątpimy, że koledzy z prowincyi tłumnie przybyliby do Warszawy, celem wzięcia udziału w wszechstronnem rozważeniu jednej z najważniejszych spraw społecznych“.

* *Zarząd Towarzystwa samopomocy lekarzy zawiadamia:*

„Pan Władysław Popiel, dyrektor Zakładu kąpielowego w Lubieniu, zobowiązał się bilety kąpielowe w bieżącym sezonie ponad 20.000 opatrywać znaczkami receptowymi na 8 halerzy. Wydział Towarzystwa samopomocy, przyjmując to zobowiązanie, wyraża Panu Dyrektorowi Popielowi podziękowanie, a podając fakt ten do wiadomości ogółu kolegów, wyraża nadzieję, iż w przypadkach, nadających się do leczenia kąpielami w Lubieniu, nie omieszkają pamiętać o tem zdrojowisku krajowem.

Z Wydziału Towarzystwa samopomocy.

Sekretarz: *Dr. Langie.* Prezes: *Dr. H. Jordan.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 kwietnia.

* Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 19 b. m. posiedzenie, w całości poświęcone sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Ze sprawozdania naczelnego lekarza m. Krakowa, Dra Wilkosza, dowiadujemy się, że od 1 stycznia do 14 kwietnia b. r. było w mieście 15 przypadków tej choroby (12 na Kazimierzu, 3 w innych dzielnicach). Śmiercią zakończyło się 7 przypadków. Na 15 przypadków leczonych w szpitalu św. Ludwika tylko 3 należało do gminy m. Krakowa. Wobec tej statystyki komisya sanitarna wykluczyła charakter epidemiczny dotychczasowych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Krakowie i uznała, że nie zachodzi potrzeba uchwalania z tego powodu jakichś specyalnych zarządzeń. Zapatrywania te poparł na podstawie swych spostrzeżeń w powiecie krakowskim starszy lekarz powiatowy, Dr. Bielański. Że w m. Krakowie niema epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — wiedzieliśmy; natomiast nader cenne jest dla mieszkańców powiatu krakowskiego oświadczenie Dr. Bielańskiego, gdyż ludność jest istotnie zaniepokojona i to nie tyle obfitością dziennikarskich doniesień, ile zarządzeniami władz, że tu tylko przytoczymy zakaz komendy wojskowej wydawania świątecznych urlopów żołnierzom do zachodniej Galicyi, zakaz odbycia odpustu w Kalwaryi, rozporządzenie bukowińskiego rządu krajowego, ażeby przybywających z Galicyi poddawać badaniu lekarskiemu i mieć ich w siedmiodniowej obserwacyi: wszystkie te zarządzenia wydane zostały z powodu „epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych“.

* Do dnia 8-go kwietnia w 21 powiatach Galicyi zapadło na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 437 osób, z tych zmarło 188.

* Zarządy obu Izb lekarskich zawiadamiają, że „Sprawozdania“ za kwiecień i maj wyjdą w końcu m. maja.

* Ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w warszawskim szpitalu Wolskim mianowany został drogą konkursu dr. Kazimierz Rzętkowski.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego dr. Jakóba Dorożyńskiego z Rohatyna do Lwowa; koncypistę sanitarnego dr. Stan. Janikiewicza z Kosowa do Śniatyna i dr. asystenta sanit. Stan. Kaczyńskiego ze Śniatyna do Kosowa. Prócz tego namiestnik zamianował asystentów sanitarnych: dr. Jana Orskiego i dr. Stan. Kaczyńskiego koncypistami sanitarnymi.

* W N. 13 tygodnika „Russkij Wracz“ czytamy: »Zjazd lekarski im. Pirogowa, zgromadzony z całej Rosyi pod hasłem obmyślenia jak najskuteczniejszych sposobów zwalczania zagrażającej państwu cholery, przy rozpatrzeniu warunków, śród których przypada lekarzom w Rosyi pracować, nie tylko jako przedstawicielom zawodu, lecz jako i obywatelom, stwierdza, że cywilizacyjna i pokojowa praca przy dziś istniejącej organizacyi państwowej jest wprost niemożebną, że polityka nieograniczonej samowoli urzędnictwa, gospodarki finansowej bez kontroli społecznej, wreszcie awanturowanie się na azyatyckim Wschodzie dla zdobyczy wepchnęły Rosyę w straszną względnie do rozmiarów klęskę i zalały pola Mandżuryi potokami drogiej dla nas krwi. Na tem nie koniec. Do Rosyi wtargnął straszny bicz — cholera. W perspektywie widnieją tysiące, dziesiątki tysięcy ofiar tej nowej klęski. A cóż czyni biurokracya? Ona z jednej strony odwołuje się do nas — lekarzy, byśmy wytłómaczyli narodowi, że zarządzenia poczynione przez nią są nader pożyteczne, a z drugiej, — drogą podszeptów i baśni podnieca naród przeciwko nam. Rząd oddaje sprawę walki z cholerą w ręce zdyskredytowanej biurokracyi, a zakazuje odbycia naszego Zjazdu, zabrania zbiorowego obmyślenia najskuteczniejszych sposobów walki z ogólnonarodowem nieszczęściem. Zamknięcie Zjazdu z ramienia władzy, to nowy objaw samowoli, nowy dowód, że jak długo ta samowola istnieje, należy się rozstać z marzeniem o prawidłowych warunkach nie tylko czynności lekarza, lecz wogóle życia obywatelskiego. Z tych powodów my lekarze uznajemy za rzecz konieczną zwołanie urządzającego Zebrania na podstawie ogólnego, równego, bezpośredniego i tajnego głosowania bez różnicy płci, wyznania, narodowości i pod warunkiem natychmiastowego zakończenia wojny, zniesienia ustawy o wzmocnionej ochronie, poddania policyi pod władzę samorządu, rękojmii wolności druku, słowa, zgromadzeń, związków, wreszcie amnestyi dla wszystkich zesłanych i uwięzionych za religijne i polityczne przekonania. Nam przypada najostrzej domagać się, by już na pierwszem urządzającem Zgromadzeniu zostały określone te polityczne i ekonomiczne reformy, bez których nie da się pomyśleć wszechstronny postęp kraju i ekonomiczne podźwignięcie roboczego ludu, a do nich, prócz wyżej przytoczonych, zaliczamy: rękojmię równości wszystkich wobec prawa, równouprawnienie wszystkich narodowości i wyznań; powszechne i obowiązkowe uczęszczanie do szkół, rozdział kościoła od państwa, samorząd na podstawie powszechnego, bezpośredniego i tajnego głosowania, reforma systemu podatkowego, zaprowadzenie podatku progresywnego“.

W wielkiej dziejowej epoce, którą dziś przeżywa naród rosyjski, to oświadczenie się najpoważniejszego liczbą i znaczeniem Towarzystwa im. Pirogowa, zawierające w sobie myśli i ideały społeczne inteligencyi rosyjskiej, zasługuje na upamiętnienie, jako zbiorowy odruch i zwiastun budzącej się duszy ludzkiej w uroczystej acz nie bez grozy chwili odrodzenia.

* Między 3 a 9 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy: w powiecie dąbrowskim (3 gminy) i tarnowskim (1 gm.). W tymże czasie doniesiono o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: borszczowskim, brzeżańskim, buczackim (po 1 gm.), cieszanowskim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), dobromilskim (4 gm.), drohobyckim (5 gm.), horodeńskim (2 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim, lwowskim (po 2 gm.), mościskim, nadwórniańskim, przemyślańskim, sokalskim, stanisławowskim (po 1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (3 gm.), turczańskim (2 gm.), zaleszczyckim, zborowskim, złoczowskim (po 1 gm.), żółkiewskim (2 gm.) i w m. Lwowie 1 przypadek.

Mianowania i odznaczenia. Profesorowie nadzwyczajni pedyatryi w niemieckim uniwersytecie w Pradze: Ganghofner i Epstein mianowani profesorami zwyczajnymi. Doc. Spitta mian. prof. nadzw. higieny w Berlinie. Prof. nadzwycz. ginekologii w Dorpacie Michnow mian. został prof. zwyczajnym. Doc. Trinkler mian. prof. nadzwycz. chirurgicznej patologii w Charkowie. Dr. Askanazy mian. profesorem anatomii patologicznej w Genewie.

Nekrologia. Dr. Wincenty Wasilewski, wychowaniec kijowskiego Uniwersytetu, sybirak, zakończył życie na Podolu w 78 roku życia. Dr. Floryan Orzeszko, l. 72, zmarł w Tomsku. Dr. Hervieux, b. prezes Akademii lekarskiej, zmarł w Paryżu. Dr. Włodz. Skowroński zmarł w Tarnowie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 14. Browicz: O czynności wydzielniczej jądra komórki wątrobnej. Moraczewski: Przyczynek do charakterystyki t. zw. fosfaturyi (c. d.). Bornstein: Z kazuistyki neurologicznej (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 15. Flatau i Sterling: O nowotworach rdzenia. Flis: Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. Dr. Jaworskiego (c. d.).

— *Zdrowie* Nr. 4. Wernic: Cholera idzie. Chodecki: Walka z prostytucyą. Kornilowicz: Higiena młodzieży pracującej w Londynie. Polak: Ludność Warszawy od połowy XVI w. do ostatnich czasów.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 16. Haškovec: Neuropathologické příspěvky. Kopfstein: Cystitis pancreatica.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 4. Žirovčić: Slučaj bluda učitelja sa školskim djevojčicama. Karliński: K liječenju povratne groznice.

— *La Presse médicale* Nr. 29. Sicard i Dopter: Cytologia wydzieliny ślinianki przyusznej w zapaleniu tego gruczołu. Lop: Położnictwo a medycyna sądowa. Wykład o tajemnicy lekarskiej i zbrodniczem poronieniu.

— Nr. 30. Dubreuilh: Choroba tęgoryjcowa skórna. Labbé: Picie pod względem ilościowym i jakościowym w stanie choroby i zdrowia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Passow: Balneologia i otyatrya. Poehl i Tarchanoff: Kombinacya radioterapii z organoterapią. Ehrhardt: Bąblowiec w gruczole tarczowym. Nowack: Przyczynek do sprawy białaczki rzekomej. Ruge: Najmniejsze wymagania zdrowotne, jakich żądać należy od zdrojowisk. Burwinkel: Etyologia i ogólna terapia zwapnienia tętnic.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Puschnig: O nowych środkach i nowych metodach znieczulania, w szczególności o morfino-skopolaminie. Weil: Bierna odporność agresynowa w cholerze kurzej. Mann: Dyetetyczne leczenie cukrzycy. Colombani: Przyczynek do kazuistyki niebezpieczeństwa stosowania guzika Murphyego. Homa: Przypadek dziurawiącego ropnia, wywołanego ciałem obcem w pęcherzu.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 16. Hegar: Zaburzenia rozwojowe, stan płodowy i stan dziecięcy w ustroju dorosłym. Klapp: Leczenie chorób zapalnych przyrządami ssącymi. Hildebrand i Hess: Rozpoznanie różniczkowe między przepukliną przeponową a ewentracyą przeponową. Steiner: Doświadczenia przy leczeniu światłem elektrycznem z szczególnem uwzględnieniem nowego skombinowanego leczenia chorób skórnych maścią i światłem. Vörner: Maść siarczana złagodzona — *thiolan*. Bering: O ulepszonej lampie Finsen-Reyna i uwagi o leczeniu tocznia. Salzer: Okulistyka praktykującego lekarza. Junius: Rozpoznanie jaglicy. Böhmig: Histeryczne choroby wypadkowe telefonistek.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 16. Kümmell: Doświadczenia nabyte z 1000 operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Dienst: Tyłopochylenie uwięzniętej ciężarnej macicy jednocześnie z wikłającą ciężką istotną niedrożnością jelit zakończoną wyzdrowieniem. Robbers: Technika operacyi Aleksander-Adamsa. Mayer i Schreyer: Klinika i etyologia wrzodliwego błoniastego zapalenia gardła. Rebentisch: Osobliwe znalezienie ciała obcego w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Tabora: Patologia raka żołądka (dok.). Kurschmann: Przyczynek do nauki o zawodowem zapaleniu nerwów (dok.).

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie XXIII z działalności Kasy pomocy naukowej im. Dr. I. Mianowskiego za r. 1904. Bornstein: Anatomia patologiczna stwardnienia wieloogniskowego.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 16 (od dnia 16/IV do 22/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dziew. 21; nieżywo: chł. 3, dz. 1. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 22, kob. 21; zamiejscowych: męż. 20, kob. 14.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 11, ob. 15. 3) zapalenie płuc: miej. 5, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. 1, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 2. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 2, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, — ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 11, ob. 7. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. 1. **Razem**: miejscowych 43, obcych 34.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 maja, o godzinie 6 wieczorem ***w Domu Towarzystwa***, posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. Dr. Bier: „O najnowszych metodach fotometryi stosowanych w higienie“ (z demonstracyami). 2. Kol. prof. Wachholz: „O zatruciu tlenkiem węgla, zaczadzenie“.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Jodek żelaza jest tym z nieorganicznych przetworów żelaza, który we Francyi oddawna uznano za nader skuteczny we wszelkich postaciach blednicy. Używany on tam bywa powszechnie w postaci znanych pigułek Blancarda, zawierających po 0.05 tego leku, pokrytego warstewką żywiczną, łatwo rozpuszczalną. Stwierdzono, że przetwór ten nie sprawia zaburzeń trawienia, a przyswaja się lepiej, niż inne nieorganiczne; praktyczną jego zaletą jest także jego trwałość, mała objętość i bezwonność. Oprócz bledniсy, używają go w rozmaitych postaciach niedokrwistości, zarówno samoistnej, jak i objawowej, oraz w kile dziedzicznej.

Wody mineralne nie należały dotąd do środków, uwzględnianych w medycynie polowej i używanych w szpitalach polowych. W czasie jednak wojny, toczącej się na tak odległym terenie, jak obecnie, wielu chorym, których nie można dość szybko odesłać w głąb kraju, trzeba zapewnić to wszystko, czego się używa w czasie pokoju. Okazało się to i w armii mandżurskiej, której zdrojowisko Francensbadzkie dostarczyć musiało pewną ilość wody Natalii, szczawy litowej, używanej szczególniej w leczeniu dny.